

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Anežka Dušánková

Důstojné umírání a smrt

Dignified dying and death

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Jana Novotná

Praha, 2011

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval/a samostatně a že jsem řádně uvedl/a a citoval/a všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu. Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 31. 3. 2011

Anežka Dušánková

Identifikační záznam:

DUŠÁNKOVÁ, Anežka. *Důstojné umírání a smrt. [Dignified dying and death]*. Praha, 2011. 94 s., 3 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK 2011. Vedoucí závěrečné práce Mgr. Jana Novotná.

Poděkování:

Tímto bych chtěla poděkovat paní Mgr. Janě Novotné a PhDr. Heleně Chloubové za cenné rady a pomoc při vedení mé bakalářské práce. Bez jejich pomoci bych těžko dospěla k úspěšnému cíli. Veliké díky patří také paní Věře Vávrové za její ochotnou pomoc s distribuováním dotazníků a panu Ing. Petru Fialovi za pomoc s prací v tabulkovém editoru Microsoft Excel 2007 a s grafickou úpravou bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat rodině za podporu a pomoc. V neposlední řadě děkuji Bohu.

Abstrakt

Bakalářská práce s názvem „Důstojné umírání a smrt“ se zabývá problematikou důstojného odchodu ze života. Teoretická část se zaměřuje na důstojnost člověka, umírání, smrt, paliativní péči, hospicovou péči a eutanazii. Cílem této práce je zjistit rozdíly v názorech na otázky týkající se umírání a smrti mezi studenty vysokých škol do 26 let, dospělými lidmi v pracovním poměru do 65 let a seniory nad 70 let. Mezi těmito skupinami jsem prováděla kvantitativní výzkum. Zvolila jsem metodu dotazníku. Zjišťovala jsem jejich postoje k umírání a smrti, názory na eutanazii, představy o důstojném odchodu ze života a jaké mají znalosti o paliativní péči a eutanazii. Některé výsledky mého výzkumu jsou velice překvapivé a alarmující. Má práce by tedy měla vést především k zamyšlení nad posledními dny života.

Abstract

Bachelor thesis with name „*Dignified dying and death*“ deals issue of dignified exit from life. Theoretical part of thesis is focused on mans dignity, dying, death, paliative care, hospice care and euthanasia. Purpose of this thesis is to find out differences in opinions on question about dying and death between students to 26 years old, employed persons to 65 years old and seniors above 70 years old. Between these groups I make quantitative research. I choose questionnaire method. I collected their attitude to dying and death, opinions on euthanasia, ideas about dignified exit from life and what is their knowledge about paliative care and euthanasia. Some results are surprising and alarming. My thesis should lead especially to thought above last days of man.

Klíčová slova

- důstojnost
- umírání
- smrt
- důstojné umírání
- důstojná smrt
- paliativní péče
- hospicová péče
- eutanazie
- dystanazie

Key words

- dignity
- dying
- death
- dignified dying
- dignified death
- palliative care
- hospice care
- euthanasia
- dysthansia

Obsah

ÚVOD	10
I. TEORETICKÁ ČÁST	12
1. Důstojnost.....	12
1. 1 Co je důstojnost?.....	12
1. 2 Důstojnost z pohledu etiky a práva.....	15
2. Umírání.....	18
2. 1 Definice umírání	18
2. 2 Modely umírání.....	19
2. 2. 1 Domácí model umírání (umírání ritualizované).....	19
2. 2. 2 Institucionální model umírání	20
2. 3 Období umírání	21
2. 4 Reakce na blížící se smrt	22
2. 5 Sociokulturní faktory ovlivňující umírání	24
2. 6 Péče o umírající	25
3. Smrt	26
3. 1 Definice smrti	26
3. 2 Kritéria smrti.....	26
3. 3 Dělení smrti.....	27
3. 4 Smrt v historii lidstva.....	28
3. 5 Smrt a světová náboženství.....	29
3.5.1 Smrt a křesťanství	29
3. 5. 2 Smrt a judaismus	29
3. 5. 3 Smrt a islám	29
3. 5. 4 Smrt a hinduismus.....	30
3. 5. 5 Smrt a buddhismus.....	30

3. 5. 6 Srovnání pojetí smrti z pohledu světových náboženství.....	30
3. 6 Důstojné umírání a důstojná smrt	31
4. Paliativní péče a hospice	33
4. 1 Definice paliativní péče	33
4. 2 Vývoj pojmu hospic a jeho definice	35
4. 3 Hospicové hnutí ve světě	36
4. 4 Hospicové hnutí u nás.....	37
4. 5 Formy hospicové péče	37
4.5.1 Domácí hospicová péče.....	37
4. 5. 2 Stacionární hospicová péče	37
4. 5. 3 Lůžková hospicová péče	38
5. Eutanazie	38
5. 1 Definice eutanazie.....	38
5. 2 Eutanazie a etika	39
5. 3 Eutanazie a legislativa	41
II. PRAKTICKÁ ČÁST	42
6. Hlavní cíl a dílčí cíle výzkumu.....	42
7. Metodika výzkumu.....	43
8. Výsledky výzkumu a jejich interpretace	44
8. 1 Charakteristika zkoumaného vzorku	44
8. 2 Získané výsledky k cíli č. 1	49
8. 3 Získané výsledky k cíli č. 2	51
8. 4 Získané výsledky k cíli č. 3	58
8. 5 Získané výsledky k cíli č. 4	60
8. 6 Získané výsledky k cíli č. 5	66
8. 7 Získané výsledky k cíli č. 6	73
9. Diskuze.....	81

10. Navrhovaná opatření	88
11. Závěr.....	90
Seznam použitých zdrojů	92

Seznam příloh

ÚVOD

Téma, které jsem si zvolila, bychom těžko mohli označit za originální či neprobádané. Závěrečných prací zabývajících se podobnou problematikou bychom našli hned několik hlavně na fakultách s humanitním zaměřením. Proč tedy právě téma „Důstojné umírání a smrt“? Je zajímavé a stále je na něm, co objevovat. Ke zvolení tohoto tématu mě vedl hlavně důvod, že jsem věřící, tudíž je pro mě současný stav péče o umírající a objevující se tendence povolit eutanazii poněkud palčivějším tématem. Dalším podstatným motivem jsou moje zkušenosti z odborných ošetrovatelských praxí, kde jsem se nejednou setkala s umírajícím pacientem. O podmínkách, ve kterých většina nemocných umírala, nelze v žádném případě mluvit jako o důstojných. Tito lidé umírali o „samotě“ bez většího zájmu zdravotnického personálu a hlavně jejich rodiny a blízkých. Hlavní starostí ošetrovatelského personálu bylo tlumit bolest a uspokojovat další tělesné potřeby, což je samozřejmě dobře, ale musí být myšleno i na psychické, sociální a spirituální potřeby umírajících. Často tito umírající poslední chvíle svého života strávili v agónii pod vlivem nějakého opiátu v naprosté anonymitě.

Dodnes si pamatuji na velmi stresující zážitek, kdy mě jedna ošetrovatelka poslala za pacientkou v těžkém stavu, abych zjistila, jestli ještě žije. Nevěděla jsem, jak se v takových chvílích chovat a jak k umírajícímu přistupovat. Bylo pro mě obtížné mluvit na člověka v bezvědomí. Je to jeden z důvodů, proč jsou umírající zanecháni svému osudu bez psychické podpory a projevů lásky a blízkosti. Stále mě mrzí, že jsem mohla pro tyto umírající udělat více, než jsem dělala. Po jejich smrti jsem se akorát zmohla na modlitbu a pomohla jsem s péčí o mrtvého. Hlavou mi ještě problesklo: „Á, budu mít další razítko do portfolia za péči o umírajícího a za péči o mrtvé tělo.“ Nebylo mi příjemné: „Tady se někde stala chyba.“ Právě díky zpracování této bakalářské práce jsem si mnoho věcí uvědomila. Jak četbou odborné literatury na toto téma, tak výsledky prováděného výzkumu. Převážně jsem čerpala z publikací autorů, kteří měli několikaletou zkušenost s péčí o umírající.

Ve výzkumné části práce jsem se rozhodla provést dílčí průzkum u mnou zvoleného vzorku respondentů a zjišťovat jejich názory na poslední dny života. Vedl mě k tomu mj. i před pár léty prováděná soutěž deníku Mladé fronty Dnes, kdy studenti středních škol psali úvahy o eutanazii do novin. Vesměs se vyjadřovali pro eutanazii. Napadá mě, zdali ví, co se pod pojmem eutanazie skrývá a že zdaleka není jediným možným způsobem, jak odejít ze života v klidu a v míru se vši důstojností, která náleží

každé lidské bytosti. Dalším motivem mého výzkumu byla současná tabuizace smrti. Málokdo na ni myslí, a když se jí ocitne tváří v tvář, hodně těžko se s ní vyrovnává. Jak jsem uvedla výše, současný stav péče o umírající je neuspokojivý. Péče o ně se odehrává především v nemocnicích a v léčebnách dlouhodobě nemocných. Tyto všechny zjištěné poznatky mě vedly k úvahám a následovně ke stanovení cílů mého výzkumu. Uvědomila jsem si, že názory na umírání a smrt se mohou různit vzhledem k věku, životní zkušeností a náboženství. Rozhodla jsem se tedy porovnávat názory mezi studenty vysokých škol do 26 let, pracujícími do 65 let a seniory 70 let. Zabývám se i rozdíly v názorech mezi věřícími a nevěřícími. Kladu si za cíl zjistit postoje respondentů k umírání a smrti, názory na eutanazii, představy o důstojném odchodu ze života, přání, kde by chtěli strávit poslední dny života a jaké mají povědomí o pojmech paliativní péče a eutanazie.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Důstojnost

1.1 Co je důstojnost?

Definovat důstojnost není vůbec jednoduché. Důstojností se zabývá řada autorů, kteří na ni pohlíží z různých úhlů. Pro její definování a správné pochopení využiji tři monografie. Za prvé od L. Sandmana, dále T. Todorova a v neposlední řadě od B. Pollarda.

Sandman (2005, p. 56) rozlišuje mezi lidskou důstojností (*human dignity*) a podmíněnou důstojností (*contingent dignity*). Lidskou důstojnost lze chápat jako hodnotu. Má ji každý člověk a nezáleží na tom, kým je a jak se chová. Podmíněnou důstojnost můžeme považovat za vlastnost. Jako důstojného člověka si většinou představíme staršího člověka, který je charakterní, vyrovnaný, moudrý a mravně bezúhonný. Není tedy s podivem, že kdysi lidé označovali kněze jako důstojného pána. Podmíněnou důstojnost můžeme přisuzovat nejen člověku, jak je tomu u lidské důstojnosti, ale i zvířatům, rostlinám, věcem, lidským činnostem atd. Sandman (2005, p. 59) se podmíněnou důstojností zabývá podrobněji a uvádí její čtyři různé významy a použití. Za prvé ji lze spojovat s osobnostními a povahovými rysy. Druhý význam podmíněné důstojnosti souvisí se společenským postavením a sociální rolí jedince. Jako její třetí význam lze chápat to, co vyvolává v lidech úctu a respekt. Poslední použití podmíněné důstojnosti se vztahuje k sebeúctě. Sandman přisuzuje velký význam sebeúctě v souvislosti s důstojnou smrtí. Zejména umírající mohou mluvit o smrti jako o důstojné.

Todorov se ve své publikaci *V mezní situaci* zabývá morálkou a mravními postoji lidí v mezních situacích. Čerpá ze zkušeností lidí, kteří prošli koncentračním táborem. Domnívám se, že jeho definice důstojnosti lze dobře vztáhnout na umírající, kteří stejně jako lidé v koncentračních táborech jsou většinou v závislém postavení, mnoho jejich potřeb je neuspokojováno a jejich právo na sebeurčení je omezováno. Todorov (2000, s. 66 - 68) vidí důstojnost jako ctnost. Pro definování důstojnosti využívá úvah Jeana Améryho. Ten ji zprvu pod dojmem toho, co zažil, vidí jako pojem, pod kterým si každý představuje něco jiného, a tím se stává prakticky nepoužitelným. Lze s ním souhlasit v tom, že důstojnost můžeme chápat různě, ale to by nám nemělo bránit v tom, abychom se nepokusili o její správné definování. Po rozboru vlastního postoje přináší J. Améry další

definici. Důstojnost chápe jako formu společenského uznání. Tuto důstojnost lze přirovnat k Sandmanově podmíněné důstojnosti. Todorov ji správně označuje za čest, která spočívá v určité formě společenského uznání. Nelze ji ale v žádném případě považovat za jedinou možnou definici důstojnosti. Další vězeň z koncentračního tábora Bruno Bettelheim dává důstojnost do souvislosti s autonomií. Důstojnost je tedy vyjádřena svobodnou vůlí a schopností sebeurčení. Nic nemůže úplně zbavit člověka jeho svobody. I v nejkrajnějších situacích se může rozhodovat. Tato schopnost mu zaručuje jeho důstojnost. Mohli bychom zde mluvit o lidské důstojnosti, která je absolutní. Todorov označuje Bettelheimovu definici za vnitřní definici důstojnosti. Améry nakonec také dospěl k tomuto názoru na důstojnost, přesto je správné, že vidí důstojnost i z jiného úhlu pohledu. Důstojnosti nelze dosáhnout jen v důsledku vnitřního rozhodování. Za rozhodnutím musí následovat nějaký čin, který bude patrný. Pro potvrzení lidské důstojnosti je tedy nutný určitý projev. Todorov uvádí ještě jednu definici důstojnosti, kdy ji chápe jako sebeúctu: „Důstojnost je schopnost podřídit své skutky kritériím, jež jsme vnitřně přijali za svá.“ Jako příklad takto chápané důstojnosti uvádí čistotnost. Dostáváme se zase k Sandmanově chápání důstojnosti ve smyslu sebeúcty. Ještě je nutno podotknout, že Todorov na rozdíl od Sandmana rozlišuje mezi důstojností morální a nemorální, mezi sebeúctou hodnou obdivu a sebeúctou, která nás nechává lhostejnými. Morální kontext důstojnosti hraje důležitou roli v jejím chápání. (viz kap. 1. 2 Důstojnost z pohledu etiky a práva).

Pollard (1996, s. 49 – 51) uvádí dva významy pojmu důstojnost. Pro první význam užívá označení lidská důstojnost a rozumí tím takovou důstojnost, která se vztahuje k životním podmínkám člověka, k jeho chování a okolí. V souvislosti s umíráním může tato důstojnost znamenat pohodlí, pohodu, klid, žádný zmatek, snad i čistotu a pořádek. Z uvedeného je zřejmé, že se zde nejedná o lidskou důstojnost, jak ji chápe Sandman. K Sandmanově definici lidské důstojnosti se blíží druhý význam důstojnosti. Při jejím označení vychází Pollard z lat. dignus, což znamená cena nebo hodnota. Důstojnost coby hodnotu definuje pak jako úctu, kterou dlužíme druhým vzhledem k jejich inherentní hodnotě jako lidí. Jedná se tedy o takovou důstojnost, která je všem lidem vlastní. Nikomu nesmí být odepřena. Rozdíl mezi Sandmanovou a Pollardovou terminologií nám může činit obtíže. Možné jde o překladatelskou chybu nebo oba autoři použili stejný termín s různým významem, aniž by si toho byli vědomi. Naštěstí Pollard používá pro lidskou důstojnost ještě jeden termín a to důstojnost okolností. Toto vyjádření se mi zdá vhodnější. Jasně ukazuje, že je tím myšleno vnější chápání důstojnosti.

Každý zde uvedený autor definuje důstojnost svým způsobem a ve změní těchto definic se může leckdo ztratit. Pokusím se tedy o shrnutí výše uvedeného. V zásadě lze důstojnost rozdělit na její dva hlavní významy. První tvoří důstojnost, kterou můžeme považovat za hodnotu. Má ji každý člověk bez rozdílu. Tato důstojnost je nám zaručována zákonem. Druhý význam důstojnosti bychom mohli chápat jako vlastnost. Jedná se o důstojnost podmíněnou. Velkou roli zde hrají různé faktory (povahové rysy jedince, sociální statut, sebeúcta, kultura atd.). Důstojnost jako vlastnost nesmíme nikdy zaměnit s důstojností jako hodnotou a hlavně ne v přístupu k pacientovi. Musíme si uvědomit, že každý člověk má důstojnost coby hodnotu po celý svůj život. Nemůže být ovlivněna vnějšími faktory (chování, vzhled, nemoc, apod.) Nesmíme zapomenout, že každý člověk by si měl být vědom především své vlastní ceny, nejen ceny druhých. Důstojnost se tak stává jeho potřebou. Člověk potřebuje sebeúctu, aby mohl i přes nepříznivé podmínky (např. nevyléčitelná choroba) žít alespoň trochu plnohodnotný život. Když si sám sebe neváží, vede to k jeho frustraci a možné ztrátě smyslu života. Následkem toho může být jeho sebevražda či žádost o provedení eutanazie. Uvědomme si tedy, že když druhým prokazujeme patřičnou úctu, má to vliv na vytváření jejich sebeúcty a kladného postoje k sobě samému. Tento přístup je proto tolik důležitý v péči o nemocné zejména pak v péči o umírající.

1. 2 Důstojnost z pohledu etiky a práva

Důstojnost jsme si již definovali. Nyní se na ni zaměříme z pohledu etiky. Důstojnost se beze sporu řadí k lidským hodnotám jako život a zdraví, proto je pro člověka tolik významná. Rotter (1999, s. 25), který se též zabývá důstojností, ji vidí takto: *„Člověk je jako jediná živá bytost schopná o sobě přemýšlet, být svým pánem a určovat svůj vlastní život. Tato schopnost tvoří také jeho důstojnost. Není proto přípustné disponovat jiným člověkem jako nějakou věcí a používat ho jako prostředku pro cizí cíle. On sám má právo o sobě rozhodovat. Tímto vyjádřením důstojnosti lze odkázat na Bettelheimovo pojetí důstojnosti. Rotterův výrok je navíc obohacen o etické hledisko: jedině člověk má právo o sobě rozhodovat a nikdo s ním nesmí disponovat. Tyto skutečnosti si musíme v přístupu k nemocným uvědomovat. Je nutno brát na zřetel vůli pacienta a zajistit mu možnost svobodného rozhodování o okolnostech, které se ho týkají. Samozřejmě že se v některých případech (např. zabránění šíření infekčního onemocnění, povinná hospitalizace na oddělení psychiatrie) upřednostňuje dobro společnosti před vůlí jednotlivce. Ale i v těchto případech se dbá o pacientovu důstojnost a svobodu sebeurčení. Vůle člověka tedy není neomezená. Právo nejlépe ve shodě s etikou se snaží korigovat svobodu sebeurčení tak, aby co nejvíce odpovídala ideálnímu stavu, ale přitom nedošlo k omezení práv společnosti a neetickému jednání. Etika coby ustanovitel toho, co je v očích dané společnosti morální, pomáhá zákonodárcům vytvářet takové zákony, které respektují a ochraňují důstojnost jednotlivého člověka, ale v kontextu celé společnosti. Bohužel v některých zemích vzniká nesoulad mezi etikou a právem. Týká se to zejména práva na život (problematika umělého přerušování těhotenství) a „práva na smrt“ (eutanazie). V těchto oblastech ovšem nastává rozpor v samotné etice. Střetává se zde více práv a hodnot mj. i důstojnost a záleží jen na daném státu a potažmo i jednotlivci, jaké k tomu zaujme stanovisko. Jedno je jisté, že v tomto střetu názorů se těžko hledá uspokojivý kompromis.*

Munzarová (2005, s. 66 - 69) se také zabývá důstojností a vidí problém v současném chápání důstojnosti: *„Dnešní společnost považuje za nejvyšší hodnoty výkon, kariéru, úspěch, zdraví, mládí a krásu a plete si důstojnost člověka s jeho užitečností.“* Vychází z názorů některých profesorů bioetiky (J. Harris, P. Singer, H. Kuhse), kteří pošlapávají důstojnost nemohoucího člověka, a to tím, že mu nepřiznávají status osoby. Lidi s těžkým postižením přirovnávají ke zvířatům. Ohroženou skupinou se tak stávají postižení lidé, ale i starší lidé, a zejména pak lidé v terminálních stádiích. Tyto názory jsou pro mne nepochopitelné. Degradovat lidskou bytost na zvíře nelze označit jinak než za

nemorální. V současné době se těmto názorům ani nemůžeme divit. Člověk, který je starý, nemocný, chudý a neúspěšný, se stává neužitečným a neperspektivním. Tito „nepotřební“ lidé se dostávají na okraj společnosti. Naštěstí jsou ve většině vyspělých zemí přijaty takové zákony, které stále ochraňují tyto lidi. Přesto bychom si měli uvědomit reálné nebezpečí, které přinášejí názory výše uvedených profesorů bioetiky. Jsou výsledkem současného vnímání člověka. Měli by se nám stát varováním a vrátit nás k humanismu.

Povinnost dbát o lidskou důstojnost v péči o nemocné vychází ze zákonů, ale i také z etických kodexů. Hned první zásadou Etického kodexu Lékařské komory České republiky je: *„Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti, v duchu úcty ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce a se všemi ohledy na důstojnost lidského jedince.“* Stejná povinnost pro všeobecné sestry vychází z Kodexu sester: *„Sestra při poskytování péče jedná s maximální úctou k lidské důstojnosti a plně respektuje pacientovo právo na sebeurčení.“* Klade se na ni důraz i v Etických normách v ošetrovatelském povolání: *„Sestra si váží jednotlivce jako jedinečné lidské bytosti s jeho hodnotou a důstojností bez ohledu na pohlaví, etnickou skupinu, rasu, kulturu, náboženství nebo ekonomické postavení.“* Všechny tyto zásady chápou důstojnost jako hodnotu, která je vlastní každému jedinci. Jako poměrně komplexně vyjádřenou zásadu bychom mohli považovat tu v Etických normách v ošetrovatelském povolání. Jsou zde uvedeny některé faktory, které můžou způsobit diskriminaci. Tyto faktory si v přístupu k nemocným musíme uvědomovat. Zásada Kodexu sester je obohacena o konstatování, že sestra by měla respektovat pacientovo právo na sebeurčení. Je to jediné správně, přesto by sestra měla toto právo dodržovat jen v souladu s právními předpisy, všeobecně přijímanými etickými normami a s vlastním svědomím. Myslím si, že zde uvedená zásada by toto měla obsahovat, aby bylo zřejmé, že některá přání a požadavky pacienta jsou neakceptovatelná.

Podívejme se nyní na důstojnost z pohledu práva. Důstojnost jedince je jedním ze základních kritérií ve vztahu státu k občanovi a je základním předpokladem pro tvorbu zákonů v ústavním právu. Z uvedeného vyplývá, že stejně jako v etice hraje důstojnost v právu velkou roli. Je nám zaručovaná Listinou základních práv a svobod, která je všem zákonům nadřazena: *„Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno.“* Dále nám ji zaručuje neméně významný dokument Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny z roku 1997. Nám je znám spíše pod zkráceným názvem

Úmluva o lidských právech a biomedicíně Rady Evropy. V kapitole 1 článku 1 ustanovuje: „*Strany této Úmluvy budou chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez rozdílu zaručí úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody s ohledem na aplikaci biologie a medicíny.*“

Pro účely této bakalářské práce je stěžejní Dokument Rady Evropy k péči o smrtelně nemocné: Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících 1418/1999 (Charta práv umírajících). Munzarová (2005, s. 77 – 78) ji shrnuje následovně: V tomto dokumentu Parlamentní shromáždění vyjadřuje zcela jasnou podporu paliativní péči, která jediná je v souladu s důstojností osoby. Zahrnuje respekt k autonomii a k sebeurčení každého, včetně respektu k vyjádření se předem, které však nemůže obsahovat i žádost o zabití (eutanazii). Jeho celé znění naleznete jako Přílohu č. 1.

2. Umírání

2.1 Definice umírání

Umírání je poslední a dalo by se říci i nejtěžší fází života. Je předzvěstí přicházející smrti. Umírající se dostává do konfrontace se svou konečností. Postupně opouští tento svět, kde zanechává své blízké, a vydává se do neznáma.

„Každé umírání znamená loučení se vším, co měl člověk rád a se všemi, které měl rád. Bylo by určitě dobré, kdyby toto rozloučení proběhlo důstojně a umírající se stačil připravit na poslední cestu.“ (Kutnohorská 2007, s. 71)

Z této definice je zřejmé, že nejideálnější by bylo, kdyby lidé umírali v blízkosti svých blízkých nebo v prostředí, kde by o ně bylo s láskou postaráno a byl by jim dán prostor na smíření se smrtí. Cílem příprav na smrt nemá být prázdnota, utrpení, beznaděj a zoufalství, se kterými se v nemocnicích tak často setkáváme, ale má jim být nalezení smyslu svého života, dosažení vnitřního pokoje a neztratit naději.

V pasivní bezmocnosti svého umírání může člověk ještě vykonat rozhodující čin svého života: smířit se se svým životem, s blízkými, s Bohem, přijmout svůj život se všemi jeho nedokonalostmi i s jeho zlomkovitostí a odevzdat ho neuzavřený, takový, jaký je. (Virt, 2000, s. 55)

Podstatou umírání se zabývá filozofie, psychologie, teologie, sociologie, medicína, etika, právo, ošetrovatelství a další vědy. Pro nás je zásadní etický pohled na umírání, který bohužel ne vždy jde ruku v ruce s ostatními vědami. Např. v lékařství se setkáváme s tzv. medicinalizací umírání. Umírání se přesunulo z rodinného prostředí do institucí. Umírání se stalo převážně lékařskou záležitostí, něčím, co se musí léčit za každou cenu až do úplného vyčerpání organismu. Umírání se tak oddělilo od přirozeného lidského koloběhu. V 60. letech 20. století se začíná mluvit o dystanazii - zadržené smrti, kdy se často nesmyslně pomocí přístrojů a medikamentózní léčby prodlužuje život a člověku není umožněno v klidu zemřít. (Marková, 2010, s. 14) Etika se snaží problém dystanazie řešit, ale stejně se ještě bohužel s touto praxí setkáváme.

2. 2 Modely umírání

Model umírání je způsob, jakým lidé umírají. Rozlišujeme mezi 2 modely. Haškovcová (2007, s. 27) je označuje jako domácí model umírání a instituciální model umírání. Kutnohorská (2007, s. 75) tyto modely nazývá jako umírání ritualizované a umírání instituciální. Model ritualizovaného umírání (též označován jako „tradiční model umírání“) se shoduje s domácím modelem umírání. Zdá se mi výstižnější označení „model ritualizovaného umírání“. Tento model umírání se nemusí nutně uskutečňovat jen v domácím prostředí, které ovšem stále platí za nejideálnější. O model ritualizovaného umírání se můžeme pokoušet v zařízeních, jakými jsou např. hospice.

2. 2. 1 Domácí model umírání (umírání ritualizované)

Jak už napovídá název, chápeme tak umírání, které se odehrává v domácím prostředí s různými rituály, které s ním jsou spojeny. Každá rodina si vytváří vlastní rituály a předává je na další generace. Je to model, s kterým se dnes už moc nesetkáváme. Haškovcová (2007, s. 27) ho popisuje jako idylické umírání. Umírající poznal, že nastala jeho „poslední hodinka“ a svolal členy, v jejichž přítomnosti vyslovil poslední přání. Důstojně se s nimi rozloučil. Pak mu byl přivolán kněz, který mu poskytl svátosti. Umírající se zklidnil a dále už jen tiše a trpělivě čekal na smrt. Pokud trpěl silnými bolestmi, které nebylo možno odstranit, byl výjimečně volán lékař. Umírající, kteří byli chudí a bez rodiny, se tomuto modelu těžko přiblížili. Výše popsané ideální umírání bylo proto vzácné. Důležité je si uvědomit, že umírání byla výhradně rodinná záležitost, takže zde lékaři tolik nezasahovali.

Haškovcová (2007, s. 28) dále zmiňuje podstatná pozitiva tohoto modelu. „*Ti, kteří měli rodiny, neumírali opuštěni. Umírání bylo sociálním aktem. Rodinní příslušníci se zcela samozřejmě a s ohledem na tradici rozdělovali pečovatelské role. Psychickou podporu jim v nesnadné životní situaci poskytovala osobní víra, kněz, a nezřídka též účastní sousedé. Také umírající svou roli znal.*“

Zásadou tohoto modelu tedy je to, že člověk neumírá osamocen v cizím prostředí. Starají se o něj ti, kteří ho milují. Dávají mu prostor, aby došel k usmíření se sebou samým, s ostatními i jimi samotnými a s Bohem. Doprovázející jsou podporováni rodinou a přáteli.

Tento model má ještě jedno pozitivum, o kterém se zmiňuje jak Haškovcová, tak Kutnohorská. Každý člověk věděl, jak vypadá umírání a smrt zblízka (Haškovcová, 2007, s. 28). Lidská obeznamenost se smrtí byla důvěrná. Zkušenost, jak pečovat o umírajícího,

přecházela z generace na generaci. Smrt byla blízká a důvěrná, byla součástí celoživotních rituálů, součástí života, nebyla odosobněná. Byla rituálem, který se týkal celé rodiny, přátel a známých (Kutnohorská, 2007, s. 75 – 76) Lidé tedy byli konfrontováni ze smrtí kolikrát už v dětství, takže se vypořádávali snadněji, jak se smrtí ostatních, tak se smrtí vlastní.

2. 2. 2 Institucionální model umírání

Člověk umírá v nějaké instituci. Tím je myšleno v nějakém zdravotně - sociálním zařízení. Nejčastěji v domově pro seniory nebo v LDN. Pokud je umírající v daném zařízení krátce nebo si nevytvořil nové sociální vztahy, poslední dny života stráví sám v cizím prostředí. Umírajícím je sice poskytována potřebná péče, ale jemu zabráněno, aby čekal na smrt v náručí milujících a milovaných osob. (Kutnohorská, 2007, s. 76 – 77) Tak tomu bylo převážně v minulém století. Ve 20. letech 20. století se začala používat praxe tzv. bílé zástěny – plenty, kterou byl umírající izolován od ostatních pacientů. Postupně byli umírající pacienti převáženi na samostatné pokoje. Od této praxe se ustoupilo, protože transportovaný pacient věděl, že se blíží konec. V té době se uplatňovala milosrdná lež, takže to bylo nemyslitelné. Plenty se ale používají dodnes. Dalším úskalím dob minulých byly tzv. mimořádné propustky, které umožňovaly příbuzným umírajícího denní návštěvy, které jinak byly omezeny. Umírajícímu pak bylo zřejmé, že se blíží konec. Mimo to lékaři propustky moc nevystavovali a příbuzní se jich ani tolik nedožadovali, protože nechtěli být posly špatných zpráv. (Haškovcová, 2007, s. 30 – 31) „ *A tak se stalo to, co důvěrně známe: moderní člověk umírá sám, obklopen bílou zástěnou nebo v pokoji mezi ostatními a v péči profesionálních zdravotníků, kteří jsou pro něj, stejně tak jako on pro ně, cizí lidé. Laická veřejnost odsunula těžce nemocného do nemocnic v pochopitelné naději, že vítězná medicína zabráni smrti, nebo zajistí důstojný odchod ze života. O to první se vítězná medicína snaží za každou cenu, tedy i za cenu dystanazie. V tom druhém pokulhává.*“ (Haškovcová, 2007, s. 31)

Je zřejmé, že model institucionálního umírání těžko může zajistit zcela důstojný odchod ze života, i když se o to některé instituce pokouší. Návrat k vyložení domácímu modelu umírání se mi zdá vzhledem k hodnotám dnešní společnosti dosti nereálný. V současné době se proto hledají různé alternativy nového rituálu umírání: hospic, domácí hospic, možnost přijmutí rodiny umírajícího do nemocnice aj. (Kutnohorská, 2007, s. 77) Tyto nové způsoby umírání by se alespoň trochu mohly přiblížit k opravdu důstojnému odchodu ze života.

2. 3 Období umírání

Kutnohorská (2007, s. 75) rozděluje umírání do třech období: pre finem, in finem a post finem. Každé toto období klade na umírajícího, doprovázející a zdravotnický personál specifické požadavky.

1. Období pre finem (před koncem): začíná, když pacient má povědomí, že nemoc je vážná a neslučitelná se životem. Smrt je vysoce pravděpodobná. Umírající na tuto skutečnost různě reaguje a jeho reakce se v období pre finem mění (více níže). Úkolem doprovázejících a ošetřujícího personálu by mělo být zabránění psychické a sociální smrti, které usnadňují vstup smrti fyzické. Při přístupu k umírajícímu respektují jeho reakce na blížící se smrt a pomáhají mu, aby tento fakt přijal. Je důležité, aby se umírající smířil nejen se svou konečností, ale také se sebou samým, se svými blízkými. Někteří umírající chtějí být smířeny i s Bohem. Zdravotnický personál vyhledává jeho potřeby a saturuje je.

2. Období in finem (během konce): je totožné s terminálním stádiem, kdy už smrt přichází. V tomto období se umírající často dostávají do tzv. agónie, kdy vyhasínají jejich kognitivní funkce a dochází ke změnám vědomí. Myslím si, období in finem je obtížné zejména pro doprovázející i ošetrovatelský personál. V centru zájmu ošetrovatelského personálu jsou hlavně biologické potřeby umírajícího, které si většinou už není schopen sám uspokojovat. I když už s námi umírající nekomunikuje a nereaguje na naše podněty, měli bychom stále myslet na jeho psychosociální a spirituální potřeby. Podle mého názoru má smysl držet umírajícího za ruku a mluvit na něj, i když nám neodpovídá. Je to obtížné, přesto bychom se měli o to snažit. Vyjádří-li umírající přání, aby ho navštívil kněz, umožníme mu to. Respektujeme i další přání umírajícího. Musejí však být v souladu se zákony a etickými normami.

3. Období post finem (po konci): patří sem péče o mrtvé tělo a péče o pozůstalé. Je to období truchlení. Umírající nás již tělesně opustil. Úkolem zdravotnického personálu je poskytnout poslední péči umírajícímu, který již zemřel, a to provést péči o jeho tělo s maximální úctou. Další jejich povinností je podání „pomocné ruky“ pozůstalým, aby se mohli smířit s odchodem milované osoby. Blízcí zemřelého se vypořádávají s jeho smrtí a uspořádávají jeho pozůstalost.

2. 4 Reakce na blížící se smrt

Někteří profesionální pečovatelé o umírající si během své práce povšimli, že lidé po sdělení diagnózy nemoci, která spěje ke smrti, reagují určitým způsobem. Reakce se v průběhu umírání mění a dávají tak vzniknout stádiím neboli fázím umírání. Z těch nejznámějších autorů je nutno zmínit lékařku E. Kübler – Rossovou, která během své několikaleté praxe v péči o umírající vyzorovala různá stadia, kterými po sdělení nepříznivé diagnózy procházejí. Své poznatky publikovala v monografii O smrti a umírání. Stanovila následujících pět stádií:

1. Šok – popírání hrozící nepřijatelné skutečnosti. Člověk odmítá přijmout fakt, že je nevléčitelně nemocný. Myslí si, že se někde stala chyba („Spletli výsledky.“).
2. Vzpoura – projevy hněvu a agrese, vzbouření se proti tomu, co se děje. Nemocný se hněvá na všechno a na všechny i na ošetřující personál.
3. Vyjednávání – snaha „smlouvat se životem a smrtí“, slibování a ochota dát vše za uzdravení nebo alespoň prodloužení života („Ještě bych se chtěl dožít narození vnoučete“). Nemocný se obrací k Bohu.
4. Smutek a deprese – projevy zármutku, lítosti nad tím, co končí, pláč. Umírající ztratil naději.
5. Přijetí – vyjádření souhlasu s němým děním, smířením se s tím, co se děje. Je to období klidu. Nesmí být zaměněno s rezignací.

Všechny uvedené stadia se mohou různě prolínat i během jednoho dne. Jejich pořadí není nikterak závazné. Někteří umírající ani všemi těmito stádii neprojdou. Těmito fázemi mohou procházet i blízcí umírajících. (Křivohlavý, 2002, s. 155; Kutnohorská, 2007, s. 72 – 73; Baštecká a kol., 2003, s. 268 – 269)

Dalším tvůrcem fází umírání je dr. Horowitz. Po analýze více než 200 umírajících pacientů v nemocnicích a v rodinách vytvořil model pěti fází odchodu:

1. Výkřik – tato fáze nastává po sdělení diagnózy nemoci, která zřejmě spěje ke smrti. Typickou reakcí je výkřik, zděšení, šok, panika, pláč, zoufalství, hysterický strach, psychická ochablost, mdloby, malomyslnost, psychická ochablost, úzkost, deprese apod. Někteří nemocní tyto emoce maskují hranými projevy „nebojácnosti“ a rádoby humorem.

2. Popírání – toto stádium charakterizuje stav pacienta, který si buď vědomě, nebo nevědomě „zastírá“ skutečnost. Můžeme zde mluvit o vytěsnění faktu přicházející smrti. Pacient je zcela bez zájmu o svůj zdravotní stav i o své okolí. Dělá jako by se nic nestalo.

3. Intruze – pod tímto termínem se skrývá vtíravé nutkání myslet na to, co mě šokovalo. V našem případě jde o blížící se smrt. Stále na ni myslí a stává se hlavním tématem všech jeho rozhovorů. Tato představa nedá nemocnému spát a stává se jeho noční můrou. Myšlenky na smrt ulpívají vzdor vší snáze pacienta se jim ubránit. Nejtěžší jsou, když je nemocný sám, nemůže v noci usnout, zasní se na lůžku, když je po operaci. Vyčerpávají ho a berou mu sílu, radost a naději.

4. Vyrovnávání – jde o hledání cesty z bezvýchodné situace. Pro toto stádium potřebuje nemocný dostatek času, síly a energie. Často se obrací k různým alternativním způsobům léčby a vyhledává různé léčitely. Potřebuje někoho blízkého, který mu pomůže naznačit nadějnou cestu. Tato fáze je vhodná pro duchovní péči.

5. Smíření – lze také označit jako přijetí neboli akceptaci. Pacient je schopen na těžkou situaci myslet, když na ni myslet chce a nemyslet na ni, když na ni myslet nechce. Vymaní se z intruze. Nejedná se ale o rezignaci či pasivní adaptaci. Tento stav lze charakterizovat jako „postavit se nad věc“. (Křivohlavý, Kaczmarczyk, 1995, s. 40 – 43)

Horowitzova první a částečně i druhá fáze se shoduje s první fází E. Kübler – Rossové. Shodu u obou autorů lze také pozorovat v páté fázi. V dalších fázích jsou již jisté odlišnosti. Fáze vzpoury E. Kübler – Rossové v Horowitzově modelu pěti fází odchodu nenalezneme. Za to fázi smlouvání bychom mohli přirovnat k fázi vyrovnávání. Horowitzova třetí fáze intruze a částečně i druhá fáze popírání mají blízko k fázi smutku a deprese, kterou stanovila E. Kübler – Rossová. Jen v páté fázi nalezneme plnou shodu. Zdá se mi, že co se týká pojmenování všech fází, jsou jednoznačně lepší E. Kübler – Rossové. Dobře vystihují reakce umírajícího – šok, popírání, agrese, smlouvání, deprese, smutek

a akceptace. Rozhodně je ale zajímavá Horowitzova fáze intruze. Poznatek o vtíravých myšlenkách na smrt se bohužel ve stádiích dle Kübler – Rossové nenachází.

2. 5 Sociokulturní faktory ovlivňující umírání

Existuje řada faktorů ze sociokulturní oblasti, které mají zásadní vliv na umírání zvláště pak na jeho podobu (model ritualizovaného umírání, model instituciálního umírání). Tyto faktory se v závislosti na rozvoj společnosti vyvíjejí a mění. V minulosti lidé často umírali poměrně mladí v důsledku různých infekčních chorob, chudoby, hladomorů, špatných hygienických podmínek, nedostupné a omezené lékařské péči. V současnosti se stále prodlužuje střední délka života. Pravděpodobné dožití u ženy v roce 1900 činilo 42 let, nyní je to téměř o polovinu více. Smrt byla chápána jako přirozená součást života, protože byla blízká. Měla reálnou podobu. V současném pojetí je brána jako zdravotnický problém, který nelze odstranit. Je spíše virtuální („Mě se netýká“). Důležitou roli hrají sociální vazby. Dříve lidé žili v komunitách, kde svépomoc byla samozřejmostí. Rodiny byly větší a pospolitější. Ženy často byly v domácnosti. Pro dnešní dobu je typický osaměle žijící člověk v naprosté anonymitě. Často je to způsobeno tím, že rodiny jsou menší, tzv. atomizované, ženy jsou zaměstnané, lidé žijící ve stejném domě se vzájemně neznají. Na umírání má velký vliv náboženství. V minulosti bylo běžnou součástí života. Dnes v období sekularizace se dostává do pozadí. Zásadní roli má také smysl života. V současnosti je hlavním smyslem života užívání si. Umírání a smrt se stávají překážkou k tomuto cíli. Umírající lidé většinou umírají osamoceni. V centru zájmu lékaře je nemoc, nikoliv člověk, jak tomu bylo dříve. V současnosti nacházíme alespoň jedno pozitivum v péči o umírající. Lidé umírali v krutých bolestech. Dnes díky paliativní medicíně lze efektivně odstranit řadu nepříjemných symptomů, které doprovázejí umírání. (Marková, 2010, s. 18) Výše uvedené faktory naleznete přehledně zpracované v tabulce jako Přílohu č. 2.

Zdá se mi zjevné, že v současné době oproti minulosti převládají spíše negativní faktory (osamocenost umírajících, sekularizace, atomizované rodiny, zaměření na nemoc a ne na nemocného člověka, apod.). To by nás mělo vést k zamyšlení a k snahám o zlepšení. Některé faktory můžeme těžko zlepšit, přesto je jich několik, které by mohl pozitivně ovlivnit každý z nás.

2. 6 Péče o umírající

Jedním z cílů ošetrovatelství je zajistit pacientům důstojný odchod ze života. K naplnění tohoto cíle napomáhá paliativní a hospicové péče (viz kap. 4 Paliativní a hospicová péče). Všeobecná sestra aktivně vyhledává všechny potřeby umírajícího. Myslí zejména na potřebu jistoty, sounáležitosti a být bez bolesti. Neopomíjí spirituální potřeby, které se v umírání dostávají do popředí. Na žádost pacienta zajistí návštěvu duchovního. Všeobecná sestra by měla umírajícímu umožnit, aby se zbavil pocitu osamělosti, strachu a deprese. Udržuje u něj pocit jistoty, sebedůvěry, důstojnosti a sebeúcty. Povzbuzuje jeho naději. (Kutnohorská, 2007, s. 78) Respektuje všechny fáze vyrovnávání se s blížící se smrtí. Na všechny negativní emoce reaguje empaticky. Nikdy nenechá umírajícího o „samotě“.

Kromě psychosociálních, afiliativních a spirituálních potřeb vyhledává a saturuje všechny biologické potřeby umírajícího. V terminálním stádiu má většinou tyto potřeby porušené. V oblasti dýchání se objevuje především dušnost, dále hlasité chrčivé dýchání a hemoptýza (vykašlávání krve). Dušnost vyvolává u umírajícího úzkost a obavy o jeho život. Na druhou stranu samotná úzkost může u něj vyvolat dušnost, proto se k jejímu zvládnutí využívá i psychoterapie. Další porušenou potřebou bývá výživa a hydratace. U umírajících se často objevuje nechutenství, které může vést k malnutrici. Všeobecná sestra dbá na to, aby podávané jídlo bylo vhodně upravené. V konečné fázi umírání respektuje pacientovo odmítání jídla a nenutí ho do něj. Dehydrataci řeší parenterálním podáváním tekutin a snaží se co nejdéle zachovat perorální příjem tekutin. V terminálním stádiu nemoci se od intravenózního podávání tekutin opouští. Velmi často bývá porušena potřeba být bez bolesti. Všeobecná sestra se dotazuje na bolest, všímá si jejích projevů, hodnotí ji a vhodnými metodami ji tlumí. Také potřeba vyprazdňování stolice bývá porušena. U umírajících se objevuje zácpa, která je způsobena podáváním opiátů, imobilizací umírajícího a řadou dalších faktorů (Marková, 2010, s. 93 - 111). Uvedla jsem zde jen některé potřeby, které mohou být u umírajících neuspokojovány. Umírající jich ale může mít porušeno i řadu dalších. Všeobecná sestra je v rámci komplexního přístupu k umírajícímu vyhledá a uspokojí.

3. Smrt

3.1 Definice smrti

Smrt (z lat. mors) je individuální zánik organismu, tedy i člověka. (Haškovcová, 2007, s. 89). Chápeme tak konec života.

Definicí smrti je však několik, respektive definice různých věd (biologie, patologie, filozofie, teologie aj.) se liší. Každá z těchto věd zaujímá ke smrti svoje stanovisko. Stejně tomu tak je s počátkem života. Tyto definice jsou důležité zejména pro určení okamžiku smrti.

Zajímavá je definice smrti, ke které se přiklání filozofie a teologie: „Smrt je konec osobního životního příběhu, který je více než pouhé biologické fungování jednotlivých orgánů.“ K životnímu příběhu osoby patří schopnost uvědomění se, svoboda a schopnost nějaké komunikace. Z uvedeného lze vyvodit, že kde schopnost vědomého a svobodného jednání nenávratně zanikla, tam zmizely podstatné složky lidství, a tak zde už nelze mluvit o lidském životě. (Rotter, 1999, s. 87). V žádném případě zde nemůžeme mluvit o těžce postižených lidech, lidech s poruchami kognitivních funkcí a všech dalších lidech, kterým někteří profesori bioetiky upírají právo na život. Okamžik smrti tedy chápeme jako stav, kdy je lidský mozek rozsáhle ireverzibilně poškozen nebo nevyvinut, že není možné, aby jedinec byl schopen samostatného uvědomovaného života. Pro zjištění tohoto okamžiku jsou nutná kritéria smrti.

3.2 Kritéria smrti

V minulosti byl okamžik smrti ztotožňován se zástavou dýchání. Postupně se objevila další kritéria jako ustání srdeční činnosti, zakalení rohovky, rozšíření zornic, stav svalů, atd. (Rotter, 1999, s. 86). Tyto výše uvedená kritéria lze zahrnout mezi tzv. nejisté známky smrti. Mezi jisté známky se řadí mrtvolný chlad, mrtvolné skvrny, bledost, srážení krve, svalová ztuhlost, samonatravení a hniloba (Bártová, 2004, s. 11)

V současnosti, kdy medicína dosáhla vysoké úrovně, jsou nutná další kritéria, než která se v minulosti používala. Jde o situace, kdy pacient je udržován při životě pomocí přístrojů, přitom jeho mozek je nenávratně poškozen v takové míře, která není slučitelná se životem. Proto je mozek opakovaně vyšetřován pomocí EEG (elektroencefalografie) a angiografie. Při negativních výsledcích je konstatována smrt. Podle těchto parametrů je tedy smrtí člověka smrt mozku.

3. 3 Dělení smrti

Smrt se dá dělit z několika hledisek. Některá z nich si zde uvedeme.

Dělení smrti podle doby umírání

- náhlá - je smrt, která byla nečekaná. Většinou jde o tragickou smrt, kterou způsobí nějaký úraz. Může jít ale i o smrt násilnou.
- rychlá - taková smrt, jejichž příčinou byla nemoc, která způsobila brzký skon (např. akutní infarkt myokardu, náhlá cévní mozková příhoda).
- pomalá - má delší průběh. Je očekávaná a dává prostor umírajícímu i jeho blízkým, aby se na ni připravili. (Haškovcová, 2007, s. 90)

Dělení smrti podle toho, ve kterém věku přichází

- předčasná
- přiměřená (Haškovcová, 2007, s. 90)

Dělení smrti podle práva

- násilná – vražda, zabití, sebevražda
- nenásilná – přirozená smrt

Dělení smrti podle dimenzí člověka

- biologická - smrt, kdy nefunguje žádná část mozku a dochází k nefunkčnosti dalších orgánů.
- psychická - je charakterizována rezignací, beznadějí a zoufalstvím.
- sociální - dochází k ní při sociální izolaci, kdy je člověk vyvázán z důležitých sociálních vztahů a je odtržen od společnosti. (Kutnohorská, 2007, s. 74)

3. 4 Smrt v historii lidstva

Důležitou roli v historii lidstva sehrával strach ze smrti. Tento strach jde ruku v ruce s úsilím tento strach překonat. Mimoto strach ze smrti mnoho filozofů náboženství považuje za základ lidské religiozity.

První boj se strachem ze smrti můžeme zaznamenat ve starověkém Egyptě. Je označován za egyptský kult mrtvých. Pro Egyptany smrt neznamenal konec. Představovala kritickou fázi přechodu k dosažení nové, mocnější formy existence. K tomuto přechodu byly používány různé rituály jako omývání těla, balzamování, obětní dary, uložení do hrobu atd. Dále byly pro Egyptany důležité různé modlitby, zaříkávání, mýty, hymny a magické formule vztahující se ke smrti a cestě na druhý břeh. Ty jsou obsaženy v Egyptské knize mrtvých.

Podobně jako Egyptané měli buddhisté Tibetskou knihu mrtvých, v které lze najít texty, která se šeptaly zemřelým. Sloužily jako ukazatel cesty k vykoupení a novému životu.

V 15. století se v Evropě objevuje tzv. literatura ars – moriendi (umění umírat), která měla podobnou funkci jako obě Knihy mrtvých, pomáhat zemřelým v životě po smrti. Nacházely se v nich upozornění, která měla zabránit „dábelským svodům,“ jejichž vyslyšení mohlo vést k cestě do pekla. (Student J-CH., Student U., Mühlum A., 2006, s. 138 – 139). Z uvedeného vyplývá, že postoje lidí ke smrti utvářelo náboženství (viz kap. 3. 5 Smrt a světová náboženství)

Až do 19. století lidé umírali zásadně doma v rodinném kruhu. Pod vlivem industrializace a urbanizace přibýlo dost umírajících bez rodinného zázemí. Vedlo to k rozvoji chorobinců, které časem nahradily moderní nemocnice. (Marková, 2010, s. 13). Postupně tedy dochází ke změně. Do popředí se dostává institucionální model umírání, který nahrazuje domácí model umírání (viz kap. 2.2 Modely umírání). Po druhé světové válce už můžeme mluvit jen o institucionálním modelu, který přetrvává dodnes.

3. 5 Smrt a světová náboženství

Postoje lidí ke smrti a umírání jsou ovlivňovány náboženstvím. Rozhodla jsem se tedy, že jednu kapitolu věnuji pojetí smrti z pohledu pěti světových náboženství (křesťanství, judaismu, islámu, hinduismu a buddhismu). Jednotlivá náboženství mají svůj teologický výklad smrti a ve shodě s ním k ní zaujímají vlastní postoj. Některá náboženství se ve výkladu smrti shodují, jiná rozcházejí (viz dále). Stejně tak tomu je v jejich rituálech v období umírání a po smrti.

3.5.1 Smrt a křesťanství

Křesťané věří v posmrtný život. Spasený stráví věčnost v nebeském ráji, kdežto zatracený bude navždy odsouzen do pekla (Coogen, 1999, s. 84). Pro křesťana tedy smrt není koncem, nýbrž začátkem. Péče o mrtvé vyžaduje obřad. Většinou se zemřelý pohřbívá do země. Za zesnulého je sloužena zádušní mše (Coogen, 1999, s. 85). Katolíci vzpomínají na zemřelé vždy 2. listopadu, kdy se slaví svátek Dušiček. Svoji konečnost na tomto světě si připomínají na Popeleční středu: „Pamatuj, že jsi prach a v prach se obrátíš.“ Umírajícím se udělují tři svátosti: svátost smíření, svátost oltářní a svátost pomazání nemocných.

3. 5. 2 Smrt a judaismus

Židé věří, že do příštího světa (život po smrti) může dospět každý spravedlivý člověk, žid nebo nežid. Od židů se očekává, že budou žít podle 613 přikázání. Nežidé se mají řídit 7 „noachidskými zákony“ (zákaz modloslužebnictví, rouhání, vraždy, sexuálních zločinů, krádeže a krutosti vůči zvířatům a doporučení ustanovit soudní dvory). Judaismus se soustřeďuje na způsob, jak žít v tomto světě, a ne na přípravu na jinou úroveň bytí. Proto posmrtný život nehraje v židovské teologii i v běžném životě či při rituálech ústřední roli (Coogen, 1999, s. 38).

Umírající by měl zemřít se slovy modlitby Šema, což je ústřední vyznání víry. Pohřeb se v ideálním případě koná do čtyřadvaceti hodin od úmrtí. Pak následuje týden intenzivního truchlení. Ovdovělý partner se vrací do normálního života po měsíci méně intenzivního truchlení. Truchlení pokračuje ještě deset měsíců. (Coogen, 1999, s. 45).

3. 5. 3 Smrt a islám

Stejně jako židé a křesťané věří muslimové v posmrtný život. Smrt chápou jako návrat k Bohu, zdroji všeho, Stvořiteli a jediném vlastníku opravdové a dokonalé skutečnosti. Bůh určuje okamžik, kdy dojde ke smrti. Duše přechází na jinou úroveň. Po smrti je duše zemřelého zkoumána dvěma Božími anděly, Munkarem a Nakírem. Pak duše

sídlí v hrobě, kde čeká na Poslední soud, který nastane, až skončí svět. Věřící, jehož skutky jsou ve shodě s prorockou tradicí, se dostane do ráje. Naopak na nevěřícího čeká peklo.

Muhammad se stavěl proti označování hrobů, proto většina muslimských hrobů je prostá a nezdobená (Coogen, 1999, s. 118 - 119).

3. 5. 4 Smrt a hinduismus

Podle hinduismu lidská duše existuje věčně a po smrti prochází koloběhem (*sansárou*) znovuzrození čili reinkarnace. Hinduisté každým svým jednáním získávají buď zásluhy (*punja*) nebo viny (*pápa*), které pak určují kvalitu příští existence. Dosažení nejvyššího zkušenostního poznání vede k vysvobození z tohoto koloběhu. Lidská duše tak ztrácí schopnost přerozování. Vysvobození z nekonečného cyklu života a smrti je nejvyšší cíl každé lidské bytosti (Coogen, 1999, s. 156).

3. 5. 5 Smrt a buddhismus

Buddhisté věří stejně jako hinduisté v reinkarnaci. Siddhártha Gautama (Buddha) se rozhodl přerušit cyklus umírání a znovuzrození. Dosáhl tak *nirvány*. Buddhisté se také snaží o její dosažení.

Buddhistické pohřby slouží k lepšímu znovuzrození zemřelého. Tibetské pohřby se zaměřují pokud možno na vysvobození zesnulého ze *sansáry*. Po dobu devětačtyřicet dní prozpěvuje *lama* slova textu z Knihy mrtvých, napřed v přítomnosti zemřelého a později před jeho obrazem. Toto období je dobou truchlení, která má pomoci pozůstalým k vyrovnání se s jejich ztrátou (Coogen, 1999, s. 192 - 193).

3. 5. 6 Srovnání pojetí smrti z pohledu světových náboženství

Všechna světová náboženství se shodují v tom, že smrt nevidí jako konec, nýbrž jako začátek něčeho nového. Křesťané, židé a muslimové věří v posmrtný život. Pokud žijí podle božích přikázání (křesťanství, judaismus) či ve shodě s prorockou tradicí (islám), čeká je odměna – vstup do ráje. V opačném případě se dostanou do pekla. Rozdílné pojetí smrti mají hinduisté a buddhisté, kteří věří v převtělování. Shodují se ale v tom, že pokud lidé žijí dobře a dosáhnou nejvyššího poznání, čeká je také odměna - nirvána v buddhismu a vysvobození z nekonečného cyklu života a smrti v hinduismu.

3. 6 Důstojné umírání a důstojná smrt

O důstojnosti, umírání a smrti bylo pojednáno už výše. Víme tedy, že pod pojmem důstojnost si představíme dva různé významy, které obzvláště v posledních chvílích života hrají důležitou roli. Právě důstojnost se dává do spojení s umíráním a smrtí. Nad spojením umírání a smrti s důstojností se pozastavuje, jak Haškovcová (2007, s. 160), tak Pollard (1996, s. 50): O důstojném narození, důstojném dýchání nebo důstojném potratu se nemluví. Můžeme se dohadovat, proč tomu tak je. Nejvíce pravděpodobné se zdá, že nás k tomu vede současná politováníhodná situace, kdy lidé umírají v podmínkách, které se stěží mohou nazvat důstojné.

Z následujícího vyplývá, že pro nás jsou stěžejní hlavně podmínky, ve kterých umírající tráví poslední dny svého života. O tomto aspektu se zmiňuje Haškovcová (2007, s. 160): *„Hovoříme-li o důstojné smrti člověka, pak máme na mysli především, nebo dokonce pouze, estetickou stránku procesu umírání.“* O této estetické stránce píše i Pollard (1996, s. 49): Důstojné umírání může znamenat pohodlí, pohodu, klid, žádný zmatek a snad i čistotu a pořádek. Oba autoři ale upozorňují na druhý význam slova důstojnost, který je v přístupu k umírajícím stěžejní. Nesmíme zapomenout na hodnotu umírajícího. K čemu bude umírajícímu krásný pokoj a pohodlná postel, když se k němu nebudeme chovat s patřičnou úctou? Musíme oba tyto významy mít na vědomí a snažit se tak k lidem v terminálních stádiích přistupovat. *„Syndrom bezmoci a beznaděje nám nesmí zabránit v tom, vidět v umírajícím člověka takového jaký býval, tedy v plné síle fyzických i duševních kvalit. Možná právě to, naučit se vidět v ubohém postavení i někdejší kvalitní stránky jeho osobnosti, umožní respektovat jeho důstojnost“* (Haškovcová, 2007, s. 161). Podobně to vidí i Pollard (1996, s. 50): *„V době, kdy lidé umírají, projevujeme úctu jejich důstojnosti, když jim prokazujeme, jak si jich ceníme, když mírníme jejich utrpení, hledáme a respektujeme jejich přání, a když jim dáváme najevo, že je neopustíme.“* Přítomnost blízkého člověka je nejdůležitějším prvkem důstojného umírání a důstojné smrti. Nikdo by neměl umírat sám. Tato přítomnost činí z umírání sociální akt, který spolu se znalostmi základního rituálu laskavého doprovodu může vytvořit reálný předpoklad důstojného umírání a smrti. Jelikož tomu tak v realitě není, lze chápat pojmy důstojné umírání a důstojnou smrt jako výzvu ke změně. (Haškovcová, 2007, s. 161)

Pollard (1996, s. 51) ještě upozorňuje na jedno nebezpečí: *„Naneštěstí důraz na lidskou důstojnost, to je na důstojnost okolností, je velice často chápán jako další eufemistické označení eutanazie, žádající usmrcení v důstojném prostředí.“* Lidskou

důstojností (důstojností okolností) zde míní takovou, která se vztahuje k životním podmínkám člověka, k jeho chování a okolí. Nejde tedy o hodnotu člověka. Eutanazii vidí jako opak prokazování úcty lidské hodnotě. (Pollard, 1996, s. 51)

S oběma autory se plně ztotožňuji. Při péči o umírající je nutno myslet na oba významy důstojnosti, i když je v popředí zejména podmíněná důstojnost. Ale i podmíněná důstojnost má svou důležitost. Důstojnost coby hodnota nám zaručuje právo na život a na bezvýjimečnou péči. Podmíněná důstojnost spíše klade důraz na vhodné podmínky pro důstojný odchod. Každý může tyto podmínky vnímat různě. Za všeobecně přijímané bychom mohli označit následující: saturování všech biologických potřeb, dbát o čisté lůžko, tlumit bolest i veškeré negativní symptomy choroby, nikdy nenechat umírajícího o „samotě“, přítomnost rodiny a blízkých jako samozřejmost, posilování pocitu jistoty, bezpečí a sounáležitosti, podporovat naději, citlivý přístup ze strany pečovatелů, respektování všech negativních emocí, pomáhat smířit se, myslet na spirituální potřeby a uspokojovat je, plnit splnitelná přání umírajícího atd. Jako nejvhodnější prostředí pro důstojný odchod ze života bychom mohli považovat domov (nejlépe v kruhu svých blízkých). Vychází to z výzkumu, který provádělo občanské sdružení Cesta domů. Cesta domů prováděla v roce 2003 rozsáhlý výzkum týkající se umírání a paliativní péče, kde se mj. ptala respondentů na místa, kde by nechtěli zemřít. Nejčastější odpovědí byla léčebna dlouhodobě nemocných (31,4 %). Na druhém místě byl domov důchodců (12,6 %). 8,7 % dotazovaných by nechtělo zemřít v nemocnici. Doma by nechtělo strávit poslední dny života 6,8 % respondentů. Nejméně dotazovaných uvedlo domácnost někoho blízkého (5,8 %) (Cesta domů, 2004). Z uvedeného lze vyvodit, že většina lidí by se přála umírat doma nejlépe v blízkosti svých blízkých. Podobný výsledek lze vyvodit z výzkumu Cvanové (2008, s. 32 - 33), která se ptala respondentů na prostředí, kde by chtěly strávit poslední dny života. 60 % se jich vyjádřilo pro domov. V hospici by chtělo umírat 11 % dotazovaných. V nemocnici by poslední dny života trávilo 10 % respondentů. Pro domov důchodců se vyjádřilo 7 % respondentů. Dále respondenti uváděli i jiná prostředí. Objevovala se tam i příroda. Bohužel dle statistiky z roku 2009 umírá ve zdravotnických a sociálních zařízeních 75 % lidí (ÚZIS, 2009).

Někteří lidé můžou považovat také eutanazii za podmínku důstojné smrti. Možná bychom o ní mohli mluvit v závislosti na podmíněné důstojnosti. Celkově je ale toto uvažování nesprávné, protože člověka se netýká jen tato důstojnost. Eutanazie odporuje

lidské důstojnosti. Ještě je nutno podotknout, že kdyby byly dostatečně dodržovány podmínky důstojného umírání, nebylo by pro eutanazii téměř žádného místa.

Svatošová (2003, s. 123) zdůrazňuje, že právo každého člověka na důstojnou smrt je základní etický princip.

4. Paliativní péče a hospice

4. 1 Definice paliativní péče

Kromě termínu paliativní péče se používá také označení paliativní medicína. Jako paliativní medicínu bychom mohli považovat léčbu a péči ze strany lékaře. Paliativní péče je tedy její součástí a dalo by se tohoto označení použít především pro práci všeobecných sester. Definice paliativní péče a medicíny existuje hned několik a neexistuje žádná všeobecně přijímaná. Některé si zde uvedeme a blíže rozebereme.

Ve velké Británii definovali paliativní medicínu takto:

„Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím, pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života.“ (Velká Británie 1987)

Definice jasně vymezuje pro koho je paliativní medicína určena a stanovuje jaký je její cíl. Chybí mi zde ale vyjmenování zákroků, které mají vést ke kvalitě života. Dobrá kvalita života může být i nepřítomnost nemoci, což není cílem paliativní medicíny. Péče o blízké umírajícího je opomenuta.

Světová zdravotnická organizace ji v roce 1990 definovala následovně:

„Paliativní medicína je celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.“ (WHO 1990)

Definice dle WHO se mi zdá komplexnější. Stejně jako ve výše uvedené definici stanovuje pro koho je paliativní medicína určena a jaký je její cíl. Určuje zákroky, které mají vést ke kvalitě života umírajícího. Zvláštní důraz klade na léčbu bolesti. Nechybí zde zmínka o péči o rodinu umírajícího. Podívejme se nyní na definici paliativní péče dle WHO z roku 2002:

„Paliativní péče je přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů, kteří čelí problémům spojených s život ohrožujícím onemocněním. Včasným rozpoznáním, kvalifikovaným zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních tělesných, psychosociálních a duchovních problémů se snaží předcházet a mírnit utrpení těchto nemocných a jejich rodin. (WHO 2002)

Definice dle WHO z roku 2002 je ještě komplexnější než dvě výše uvedené. Kromě stanovení cíle, zákroků, které k němu vedou, pro koho je určena včetně zmínky o rodině umírajícího, zde nalezneme dva podstatné prvky, které nejsou obsaženy ani v jedné z předchozích definic. Prvním z nich je předcházení utrpení. Tento aspekt je pro zajištění důstojného umírání a smrti nesmírně důležitý. Druhým prvkem je náznak ošetrovatelského procesu: včasné rozpoznání, kvalifikované zhodnocení, léčba bolesti a ostatních tělesných, psychosociálních a duchovních problémů. Všeobecná sestra by tedy měla v rámci paliativní péče aktivně vyhledávat potřeby umírajícího a v souladu s jeho přáními je uspokojovat.

Podívejme se ještě na jednu definici:

„Paliativní péče je komplexní, aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stadiu. Cílem paliativní péče je zmírnit bolest a další tělesná a duševní strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým“ (www.umirani.cz)

Uvedená definice se poměrně shoduje s definicí paliativní medicíny dle WHO z roku 1990. Chybí zde na rozdíl od definice WHO zmínka o řešení duchovních problémů umírajícího.

Paliativní péče dle J. Gilberta:

- upevňuje život a považuje umírání za normální proces
- smrt neurychluje a ani ji neodkládá
- pomáhá pacientům žít co nejaktivněji až do smrti
- pomáhá blízkým pacienta vypořádat se s jeho nevyléčitelnou nemocí a s jeho smrtí (Dunstan, Lachmann, 1999, p. 297).

Gilbertovo chápání paliativní péče se v některých bodech odlišuje od výše uvedených definic. Důležité je, že paliativní péče dle Gilberta považuje umírání za normální proces. Považuji také za důležitou zmínku, že paliativní péče smrt neurychluje a ani neodkládá. Paliativní péči jsou tedy pojmy jako eutanazie a dystanazie cizí.

Ze všech zde uvedených definic se mi zdá nejlepší definice dle WHO z roku 2002. Je nejkompexnější. Mojí pozornost upoutala také Gilbertova definice. Nalezneme v ní etický aspekt, který jasně stanovuje, že paliativní péče je prostá eutanazie i dystanazie.

4. 2 Vývoj pojmu hospic a jeho definice

Dříve byl hospic (z lat. hospitium) chápán jako útulek nebo útočiště. Ve středověku tak byly označovány tzv. domy odpočinku, do kterých se uchýlovali zejména unavení poutníci směřující do Svaté země. Těhotné ženy zde mohly porodit. Bylo tu také postaráno o nemocné i umírající. V roce 1846 Jeanne Garnierová založila v Lyonu společenství žen, které se staraly o nevyléčitelně nemocné. V roce 1847 byl zatím to účelem otevřen v Paříži první dům označený jako hospic. Proto je dnes hospic považován za místo, kam jsou přijímáni lidé na sklonku života. O několik let později v roce 1878 založila Marie Aikenheadová kongregaci Sester lásky, jejíž hlavním posláním byla péče o umírající. Z iniciativy této kongregace v čele s Aikenheadovou byly otevřeny v Dublinu a Corku zvláštní nemocnice pro umírající, které byly nazvány Hospic. V roce 1905 došlo k otevření St. Joseph's Hospice v Hackney, kde po druhé světové válce pracovala Cicely Saundersová, která se stala průkopnicí moderního hospicového hnutí (viz kap. 4.3 Hospicové hnutí ve světě). Hospic už není chápán jako budova, nýbrž jako koncept péče poskytované umírajícím a jejich blízkým. (Vorlíček, 2004, s. 19; Haškovcová, 2007, s. 45 - 46; Munzarová, 2005, s. 69).

Nabízím zde dvě možné definice:

„Hospic je zařízení poskytující specializovanou paliativní péči především pacientům v preterminální a terminální fázi nevyléčitelného onemocnění (obvyklá délka pobytu je 3 až 4 týdny).“ (www.umirani.cz)

Uvedená definice je dost strohá. Chápe hospic především jako zařízení.

„Myšlenka hospice vychází z úcty k životu z úcty k člověku jako jedinečné, neopakovatelné bytosti. Hospic nemocnému garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, v každé situaci bude respektována jeho lidská důstojnost a v posledních chvílích života nezůstane osamocen.“ (Svatošová, 2003, s. 123)

Definice dle Svatošové se mi zdá poměrně dobrá. Vyplývá z ní, že cílem hospice je zajištění důstojného odchodu ze života.

Definice hospicové péče:

„Forma paliativní péče, kterou tvoří souhrn lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačně-ošetrovatelských činností, poskytovaných preterminálně a terminálně nemocným, u kterých byly vyčerpány možnosti kauzální léčby, ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny obtíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací a zohledňující bio-psycho-spirito-sociální potřeby nemocného.“ (www.hospice.cz)

Zde je hospicová péče chápána jako forma paliativní péče. V důsledku toho lze tuto definici považovat za definici paliativní péče.

4. 3 Hospicové hnutí ve světě

Moderní hospicové hnutí je nevyhnutelně spjato s jeho zakladatelkou Cicely Saundersovou. Svůj život zasvětila péči o umírající. Nejdříve pracovala jako zdravotní sestra a sociální pracovnice, později jako lékařka. Zkušenosti čerpala v St. Joseph's Hospice. Založila v Londýně St. Christopher's Hospice, který byl otevřen v roce 1967. Tento, dalo by se říci první hospic, jak ho dnes chápeme, je po právu nazýván „mateřským domem“ hospicového hnutí. Postupně vznikaly další a další hospice zejména v Západní Evropě, v USA a v Kanadě. První hospic v USA byl otevřen již v roce 1974. (Haškovcová, 2007, s. 46)

4. 4 Hospicové hnutí u nás

V České republice se hospicové hnutí začalo rozvíjet až po roce 1989. Za propagátorku hospicové péče je u nás považována MUDr. Marie Svatošová. Často je označována za „českou Saundersovou“. V roce 1993 založila občanské sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí s názvem Ecce homo (Ejhle člověk). S jeho pomocí a s pomocí Diecézní charity v Hradci Králové mohla otevřít v Červeném Kostelci 8. prosince 1995 první český hospic, Hospic Anežky České. Zasloužila se o vybudování dalších hospiců na našem území. Prvním naším domácím hospicem se stala organizace Cesta domů. V roce 2005 byla založena Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče (APHPP), jejíž prezidentkou je MUDr. Svatošová (Haškovcová 2007, s. 47 - 48; Munzarová, 2005, s. 70).

4. 5 Formy hospicové péče

4.5.1 Domácí hospicová péče

Hospicová péče je poskytována umírajícím v jejich přirozeném prostředí tedy v jejich domovech. Dochází za nimi speciálně vyškolené sestry pro hospicovou péči. Tato forma péče o umírající je nejideálnější. Není ale bohužel vždy možná a to hned z několika důvodů. První důležitým faktorem je rodinné zázemí. Pokud umírající žije sám nebo s někým, kdo se o něj není schopen postarat, je domácí forma hospicové péče prakticky nemožná. Často není možná pro její fyzickou a hlavně psychickou náročnost. Někdy se může stav umírajícího zhoršit natolik, že musí být hospitalizován do nějakého zařízení. Jistou roli hraje i ekonomická stránka. Důležitým problémem je také dostupnost této péče. V současné době se ale uvažuje o změnách, které by pomohly domácí hospicovou péči rozvíjet.

4. 5. 2 Stacionární hospicová péče

Pacient je v hospici jen přes den. Odpoledne nebo večer se vrací domů. Tato forma péče se může poskytovat jen pacientům, kteří bydlí v blízkosti hospice. Umírající je do stacionáře přijímán z diagnostických, léčebných, psychoterapeutických a azylových důvodů. Poskytování stacionární péče z azylových důvodů je poměrně časté. Rodina a někdy i samotný příjemce péče si potřebují odpočinout. Stacionář se tak stává vhodnou možností.

4. 5. 3 Lůžková hospicová péče

Tato péče je poskytována v hospicích. Pacient je do hospice přijat na základě zdravotní indikace a podepsaného informovaného souhlasu. Poskytuje se zde komplexní péče s co největším důrazem na přání nevyléčitelně nemocného. O umírající se stará celá řada odborníků. Režim klienta je dost volný. Umírající může pobývat v hospici se svými blízkými. Návštěva může za umírajícím přijít v kteroukoliv hodinu. V hospicích se snaží navodit rodinnou atmosféru (Svatošová, 2003, s. 127 - 130).

5. Eutanazie

5. 1 Definice eutanazie

Slovo eutanazie vzniklo spojením dvou řeckých slov *eu* (dobrý, normální) a *thanatos* (smrt). Eutanazie by tedy měla být dobrá smrt. Jako dobrou smrt si ale můžeme představit ledacos, proto je nutné eutanazii správně definovat. Dle Světové lékařské asociace (World Medical Association) ji lze definovat takto: „Eutanazie je vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevyléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen; jednající ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby; a skutkem je proveden se soucitem a bez osobního zisku“ (Munzarová, 2008, s. 19).

Často používaná je i definice dle holandského modelu: „Eutanazie je úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (=lékařem) na jeho vlastní žádost. Ukončuje-li pacient sám svůj život s pomocí rady lékaře, pak se jedná o asistované suicidium (sebevražda). Je zde tedy vytyčen úmysl zabít, zabití a žádost člověka, která by měla vyjadřovat jeho autonomii“ (Munzarová, 2005, s. 122).

První definice se zdá být komplexnější než ta druhá. Je zde jasně vyjádřen motiv provádějícího eutanazii „skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku“. Dále tato definice určuje stav, kdy je možné o eutanazii uvažovat. Musí jít o nevyléčitelně nemocného, který je plně informovaný a o ukončení života požádal bez jakéhokoli nátlaku. Definice dle holandského modelu tyto důležité aspekty opomíjí. Rozlišuje ale mezi eutanazii a asistovaným suicidiem. Díky tomuto vymezení je zřejmé, kdo je vykonavatelem činnosti vedoucí ke smrti, ale efekt je stejný. Žádost o ukončení života vyjadřuje jako projev lidské autonomie. Správností takového jednání se zabývá etika.

5.2 Eutanazie a etika

Názory na eutanazii se různí. Do střetu se dostávají dva diametrálně odlišné postoje. Do toho prvního bychom mohli zařadit zastánce a propagátory eutanazie, kam se řadí např. Adolf Jost, Adolfg Hoche, Karl Binding, Adolf Hitler, Jan Hendrik van den Berg, Remmelinkova komise, Derek Humphry, Peter Singer, Jack Kevorkian. Mezi zastánci eutanazie nalezneme řadu etiků. Motivy lidí této skupiny se ale liší. U některých jsou vysoce nemorální pošlapávající lidskou důstojnost (Adolf Hitler). Lidskou osobu degradují na zvíře. Životy některých považují za nehodné žití. Tyto názory by pro nás měly být alarmující. Na druhou stranu někteří zastánci eutanazie se zaštiťují respektem k autonomii člověka a soucitem. Mezi ně se řadí MUDr. Jack Kevorkian, přezdívaný Doktor Smrt. Zabýval se bioetikou a obitárií (plánovanou smrtí). Prováděl poradenství v otázkách smrti. Lidé ve špatném zdravotním stavu, kteří si přáli zemřít, s ním konzultovali své přání a on jim pak umožnil použít jeho vlastní vynález Mercitron. Je to přístroj, který jim jediným stisknutím tlačítka způsobil bezbolestnou smrt. Pomáhal lidem skončit s jejich životy (asistované suicidium). Jako zastánce „práva na smrt“ přináší tento argument: „Podle snad nejzákladnějšího principu světské morálky, to je autonomie čili svobodného rozhodování, má jednotlivec absolutní vládu nad svým tělem, má právo rozhodovat, o tom, co se má stát či nemá stát s ním a s jeho částmi.“ (Brovinsová, Oehmke, 1996, s. 13 - 21) Právo požádat o eutanazii chápe jako vyjádření autonomie žadatele.

Druhou skupinu tvoří odpůrci eutanazie (Brian Pollard, Günter Virt, Hans Rotter, Edmund Pellegrino, Marie Svatošová, Marta Munzarová, Helena Haškovcová, atd.). Poukazují na její negativa a varují před jejím zneužitím (kluzký svah). E. Pellegrino, předseda The Center for Bioethics, ustanovil 10 bodů, v kterých shrnuje důvody, proč nesouhlasit s asistovanou sebevraždou. Munzarová je aplikovala na eutanazii a popisuje je takto (upraveno):

1. Právo na eutanazii není žádnou ústavou chráněno a ani žádným jiným právním předpisem. Takovéto právo by narušovalo základní právo na život. Neexistuje tedy pro ni žádný legální podklad.
2. I kdyby byla eutanazie zlegalizována nebo by se změnila ústava, stále zůstává nemorální. Morálka nestojí na zákonodárství a výsledcích referend.
3. Každý lékařský problém se neobejde bez etiky. Nelze tedy jednat jen dle přání nemocného. Lékařské profese by měla zaručit dokonalý odborný přístup k nemocným

a k umírajícím (paliativní a hospicová péče). Pokud jsou umírající ošetřováni s porozuměním a soucitem, o eutanazii nežádají. Bohužel někdy paliativní péče pokulhává. Přesto by eutanazie neměla být legalizována. Byl by to únik z těžké situace a ne jejím řešením. Na druhou stranu má pacient právo na odmítnutí léčby, která vede k protahovanému umírání.

4. Eutanazie není vyjádřením respektu k autonomii člověka. Lidé v terminálních stádiích jsou velmi zranitelní a snadno přijímají názory druhých zejména pak lékařů. Jejich souhlas s eutanazií se pak těžko může označit za svobodně projevenou vůli. Důležité je si uvědomit, že zákony, které umožňují provádění eutanazie, se nezaměřují na dobro pacienta, ale na ochranu lékaře před možným postihem.

5. Uzákonění eutanazie dává lékaři nesmírnou moc. Pacient svému lékaři důvěřuje a jeho názory považuje za správné. Je tu velké riziko zneužití ze strany lékaře.

6. Eutanazie není „smrtí soucitnou“. Soucit je spolutrpení, které musí podléhat i rozumu. Jednání jen podle citů (lítost) je těžko mravně obhajitelné. Mělo by být pátráno po příčině strádání a ne toto strádání odstranit pro nás nejsnazší cestou (eutanazie). Utíkáme tak před pravým zdrojem utrpení.

7. Musíme myslet na kluzký svah, který se už objevuje v zemích, kde je možno provádět eutanazii beztrestně. Varováním by nám měla být situace za nacismu.

8. Eutanazie nelze považovat za smrt důstojnou. Člověk má důstojnost i v době svého umírání. Pokud si umírající myslí, že přichází o svojí důstojnost, tak je to způsobeno přístupem lidí, kteří ho obklopují. Litují ho anebo ho opouštějí. Lítost ale není soucitem, lítost znamená vzdálenost, soucit naopak spojení.

9. Eutanazie není záležitostí jen jednotlivce. Stává se záležitostí jeho nejbližších, ale i celé společnosti. Rozleptává její hodnoty zejména hodnotu života.

10. Eutanazie je v přímém rozporu s náplní lékařství (viz. Hippokratova přísaha). Zabíjení nemocných vede k rozkladu lékařské integrity a k podkopávání důvěry lékaře a v lékařství vůbec (Munzarová, 2005, s. 51 - 54; Munzarová 2008, s. 58 - 61).

Přikláním se k druhé skupině, tedy k odpůrcům eutanazie. Hlavním argumentem jejích zastánců je autonomie člověka. Myslím si ale, že autonomie člověka nikdy nemůže

být absolutní. Kdyby tomu tak bylo, každý by si mohl dělat, co chce. V otázkách smrti by to mohlo mít fatální důsledky. Eutanazie se dá snadno zneužít.

5. 3 Eutanazie a legislativa

Eutanazie není nikde na světě uzákoněna. Bylo tomu tak přechodně v Severním teritoriu Austrálie. Zákon, který by ji povoloval, vstoupil v platnost v červnu 1996 a již v říjnu téhož roku byl pozastaven. V roce 1997 byl úplně zrušen.

V některých zemích je ale možno eutanazii provádět beztrestně. Průkopníkem se stalo Nizozemí, které následovalo již zmiňované Severní teritorium Austrálie (již zrušeno), americký stát Oregon a Belgie. Určitou možnost eutanazie nabízí i Švýcarsko. Ve všech těchto zemích ale musí být splněny podmínky, které zaručují beztrestnost. Eutanazie je stále považovaná za trestný čin (Haškovcová, 2007, s. 126; Munzarová, 2005, s. 50). V České republice zatím nebyl přijat zákon, který by umožňoval beztrestnou eutanazii, což považují za správné.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6. Hlavní cíl a dílčí cíle výzkumu

Hlavní cíl

Zjistit, jaké jsou rozdíly v názorech na vybrané otázky zabývající se důstojným odchodem ze života mezi studenty vysokých škol do 26 let, dospělými lidmi v pracovním poměru do 65 let a seniory nad 70 let.

Dílčí cíle

C1: Zjistit, zda mají respondenti obavy ze smrti.

C2: Zjistit, jaký formu odchodu ze života respondenti považují za důstojnou a jakou formu by upřednostnili v případě nevyléčitelné choroby.

C3: Zjistit přání respondentů být před smrtí smířeni s Bohem.

C4: Zjistit, jaké mají respondenti povědomí o pojmech jako je eutanazie a paliativní péče.

C5: Zjistit, kde by sledovaní respondenti chtěli umírat a zdali toto prostředí považují za vhodné pro důstojné umírání.

C6: Zjistit názory sledovaných na eutanazii.

7. Metodika výzkumu

K získání informací potřebných pro naplnění výše stanovených cílů jsem zvolila kvantitativní metodu výzkumu. Ve spolupráci s PhDr. Helenou Chloubovou jsem vytvořila dotazník, který obsahuje 14 otázek. 11 otázek je uzavřených, 2 polouzavřené a 1 otázka dává možnost napsat vlastní odpověď. Otázka č. 1, č. 2 a č. 3 slouží k charakteristice zkoumaného vzorku. Ostatní otázky č. 4 – č. 14 tvoří vlastní výzkum. Otázka č. 5 dovoluje zaškrtnout více možností za předpokladu určení pořadí dle preferování jednotlivých odpovědí.

Jak už jsem uvedla ve stanovených cílech, mým záměrem bylo zjistit rozdíly v názorech na otázky týkající se umírání a smrti mezi mladými lidmi - studenty vysokých škol do 26 let, dospělými - pracujícími do 65 let a seniory v důchodovém věku nad 70 let. Distribuovala jsem celkem 132 dotazníků. Snažila jsem se je distribuovat tak, abych od každé skupiny získala stejný počet respondentů. Od studentů vysokých škol jsem získala 41 dotazníků. Pracujících do 65 let se zúčastnilo 47. Senioři jsou zastoupeny 40 respondenty. Celková návratnost byla 128 dotazníků (94, 1 %). Řada dotazníků byla bohužel vyplněna neúplně nebo chybně. Musela jsem jich 21 vyřadit (5 ze skupiny studentů VŠ, 7 ze skupiny pracujících a 9 dotazníků od seniorů). Vyhodnotila jsem jich tedy 107 (78, 7 %).

Dotazníky jsem začala rozdávat koncem ledna 2011. Získala jsem dotazníky od studentů vysokých škol z Prahy, Olomouce, Hradce Králové a Liberce. Část dotazníků jsem distribuovala mezi studenty na 1. LF UK. Na mé otázky odpovídali převážně studenti lékařských, pedagogických, farmaceutických, teologických a filozofických fakult. Dotazníky určené pro lidi v pracovním poměru do 65 let byly distribuovány v jedné českolipské firmě technického zaměření a mezi pacienty praktické lékařky pro dospělé v České Lípě. Podobný způsob šíření dotazníků jsem zvolila i u seniorů nad 70 let. Dotazníky určené pro respondenty důchodového věku jsem distribuovala u dvou praktických lékařek pro dospělé v České Lípě.

Získané informace z dotazníků jsem zpracovala do tabulek a grafů pomocí tabulkového editoru Microsoft Excel 2007. V tabulkách uvádím absolutní a relativní četnost odpovědí. V grafech jsou k nalezení výsledky v procentech.

8. Výsledky výzkumu a jejich interpretace

8.1 Charakteristika zkoumaného vzorku

Otázka č. 1: Do jaké skupiny patříte?

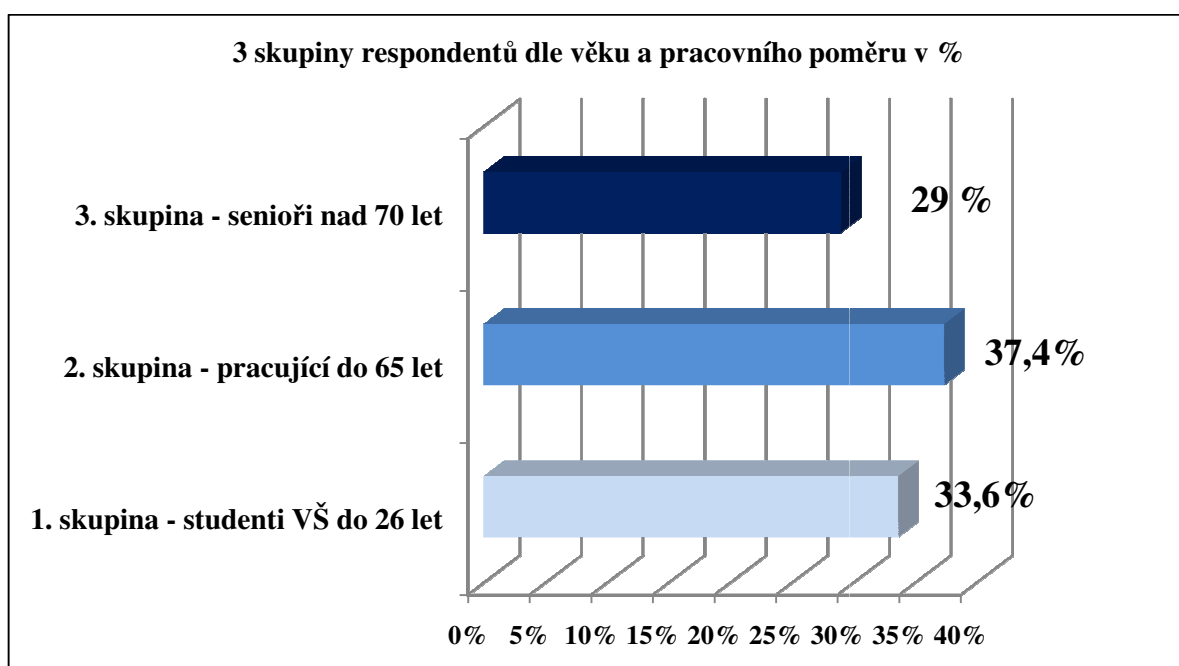
Tabulka č. 1: 3 skupiny respondentů dle věku a pracovního poměru

$\Sigma = 107$

Skupina	3 skupiny respondentů dle věku a pracovního poměru	ni	fi (%)
1.	Studenti vysokých škol do 26 let	36	33,6
2.	Lidé v pracovním poměru do 65 let	40	37,4
3.	Senioři nad 70 let	31	29
Celkem		107	100

Vzorek respondentů tvoří celkem 3 skupiny: studenti vysokých škol do 26 let, lidé v pracovním poměru do 65 let a senioři nad 70 let. Studenti vysokých škol jsou zastoupeny 36 respondenty (33,6 %). Pracujících do 65 let se zapojilo 40 (37,4 %). Seniorů nad 70 let se zúčastnilo 31 (29 %).

Graf č. 1 : 3 skupiny respondentů dle věku a pracovního poměru v %



Otázka č. 2: Jakého jste pohlaví?

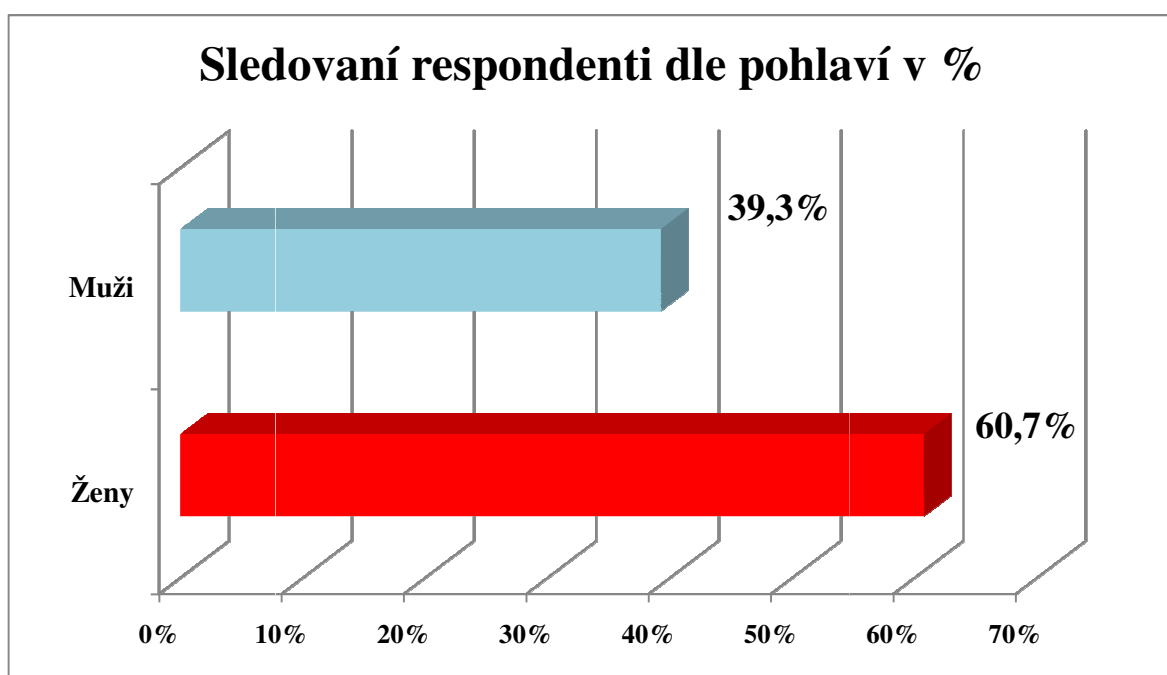
Tabulka č. 2: Sledování respondenti dle pohlaví

$\Sigma = 107$

Pohlaví	ni	fi (%)
Ženy	65	60,7
Muži	42	39,3
Celkem	107	100

Ženy zastupuje 65 respondentek (60,7 %). 42 mužů (39,3 %) tvoří zbytek sledovaného vzorku.

Graf č. 2: Sledování respondenti dle pohlaví v %



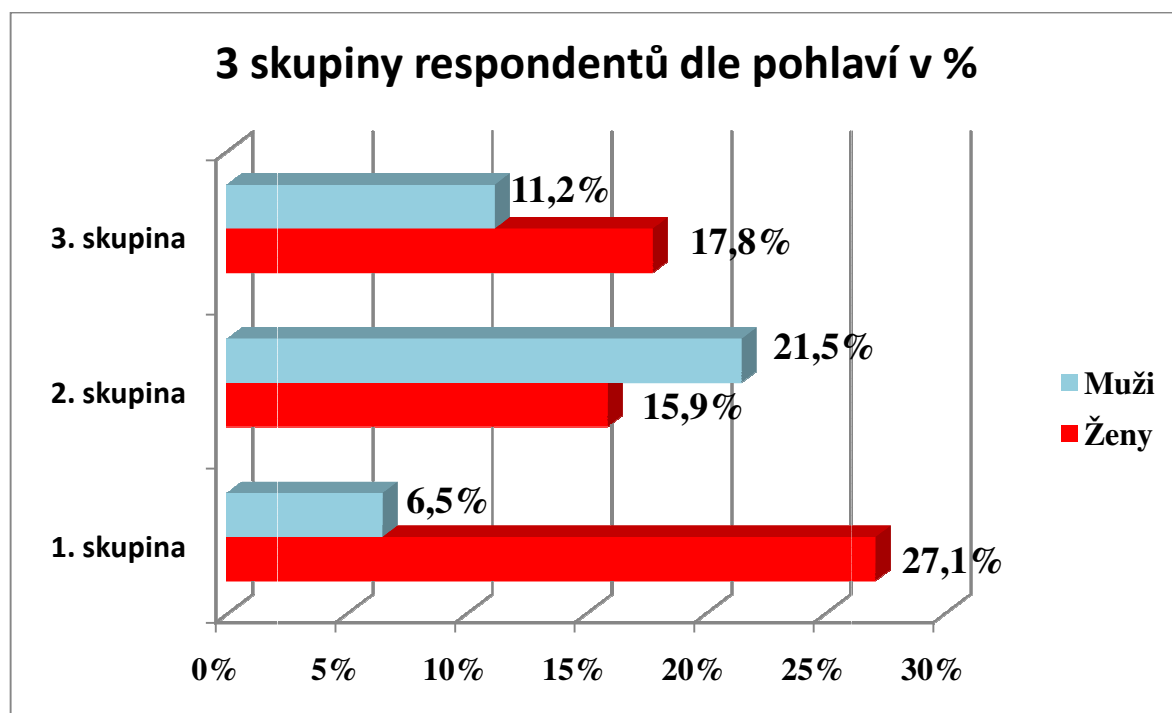
Tabulka č. 3: 3 skupiny respondentů dle pohlaví

$\Sigma = 107$

Pohlaví	1. skupina		2. skupina		3. skupina		Celkem	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)
Ženy	29	27,1	17	15,9	19	17,8	65	60,7
Muži	7	6,5	23	21,5	12	11,2	42	39,3

1. skupinu studentů VŠ tvoří 29 žen (27,1%) a 7 mužů (6,5%). 2. skupina pracujících do 65 let zastupuje 17 žen (15,9%) a 23 mužů (21,5%). Poslední 3. skupina se skládá z 19 žen (17,8%) a 12 mužů (11,2%). Poměrně rovnoměrného zastoupení obou pohlaví bylo dosaženo u lidí v pracovním poměru do 65 let a u seniorů nad 70 let.

Graf č. 3: 3 skupiny respondentů dle pohlaví v %



Otázka č. 3: Jakého jste vyznání?

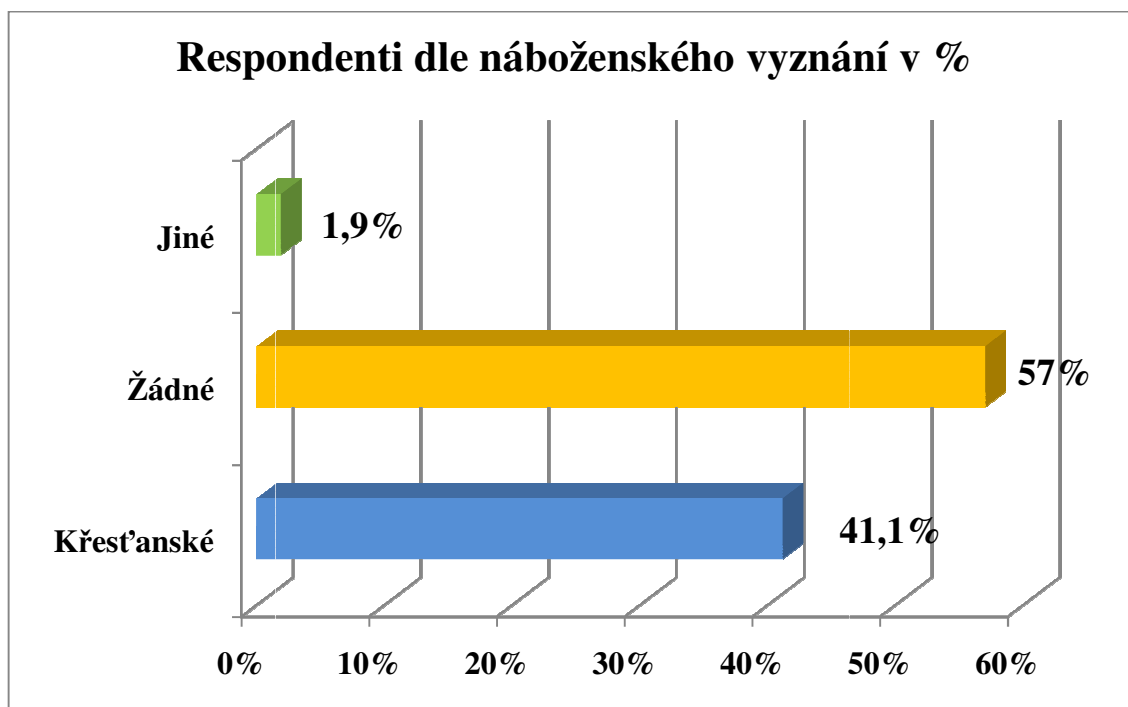
Tabulka č. 4: Respondenti dle náboženského vyznání

$\Sigma = 107$

Náboženské vyznání	ni	fi (%)
Křesťanské	44	41,1
Žádné	61	57
Jiné	2	1,9
Celkem	107	100

44 respondentů (41,1 %) se hlásí ke křesťanství. Většina tedy 61 dotazovaných (57 %) je bez vyznání. Dva respondenti (1,9 %) se hlásí k jinému vyznání. Jeden neuvedl k jakému. Druhý napsal: „kulturou křesťan, přesvědčením agnostik“.

Graf č. 4: Respondenti dle náboženského vyznání v %



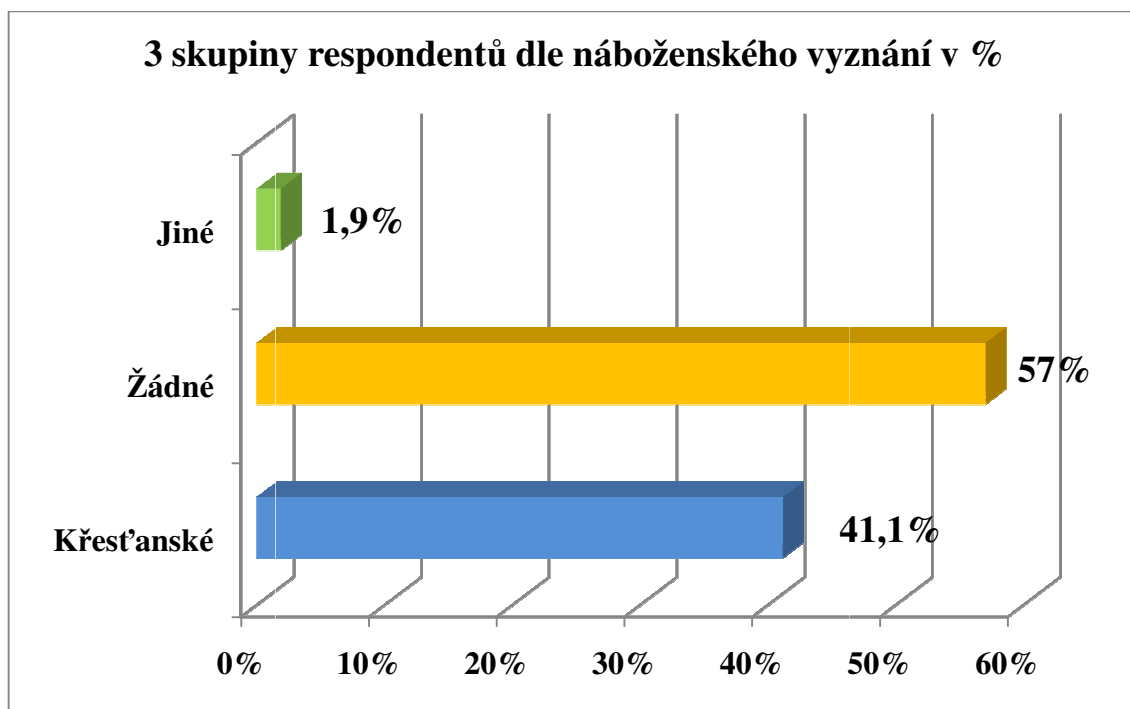
Tabulka č. 5: 3 skupiny respondentů dle náboženského vyznání

$\Sigma = 107$

Náboženské vyznání	1. skupina		2. skupina		3. skupina		Celkem	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)
Křesťanské	18	16,8	8	7,5	18	16,8	44	41,1
Žádné	16	15	32	29,9	13	12,1	61	57
Jiné	2	1,9	0	0	0	0	2	1,9

Ke křesťanskému vyznání se přihlásilo 18 studentů vysokých škol (16,8 %), 16 jich je bez vyznání (15 %), dva zakroužkovali možnost jiné vyznání (1,9 %). V 2. skupině tvořenou pracujícími je 8 křesťanů (7,5 %) a 32 lidí bez vyznání (29,9 %). 18 seniorů (16,8 %) uvedlo, že je křesťanského vyznání. 13 seniorů (12,1 %) se hlásí k ateismu. Poměr mezi studenty a seniory křesťanského vyznání je 1:1.

Graf č. 5: 3 skupiny respondentů dle náboženského vyznání v %



8. 2 Získané výsledky k cíli č. 1

Cíl č. 1: Zjistit, zda mají respondenti obavy ze smrti.

K cíli č. 1 se vztahuje otázka č. 4.

Otázka č. 4: Bojíte se smrti?

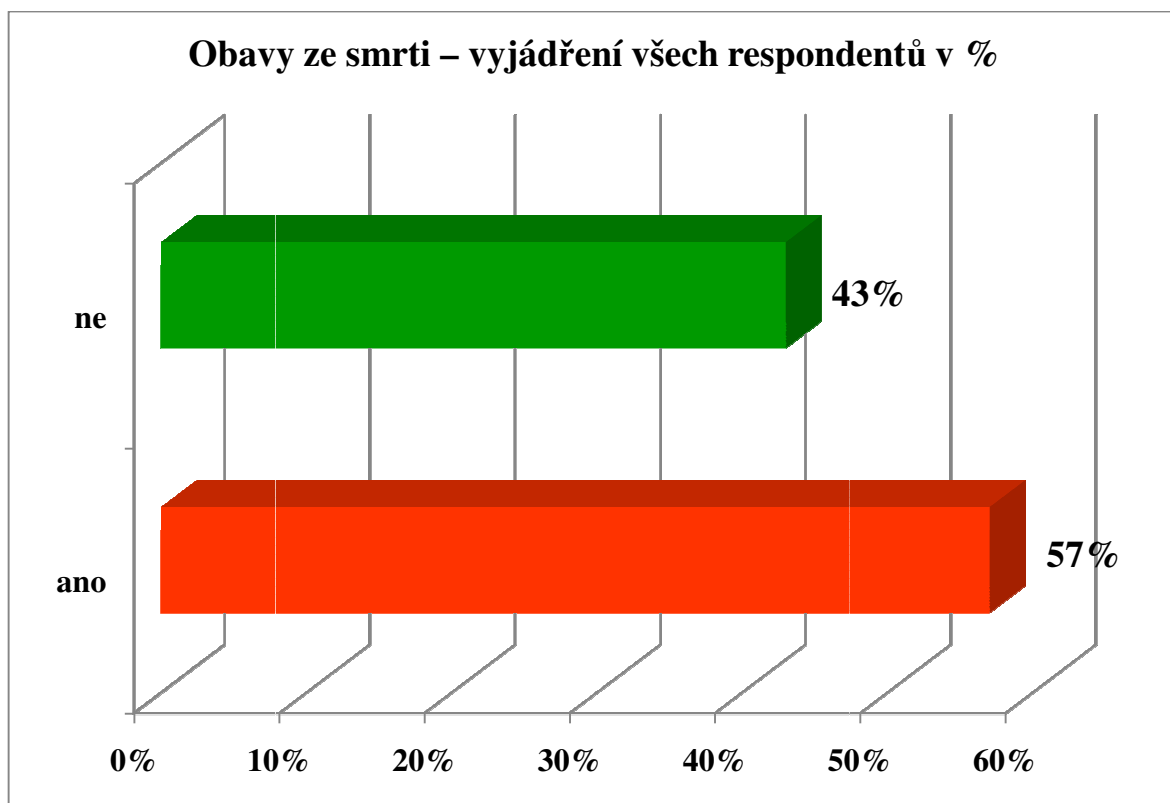
Tabulka č. 6: Obavy ze smrti – vyjádření všech respondentů

$\Sigma = 107$

Obavy ze smrti – nabídnuté možnosti	ni	fi (%)
ano	61	57
ne	46	43
Celkem	107	100

Na otázku, jestli se bojí smrti, odpovědělo ano 61 dotazovaných (57 %). Záporně na tuto otázku reagovalo 46 respondentů (43 %).

Graf č. 6: Obavy ze smrti – vyjádření všech respondentů v %



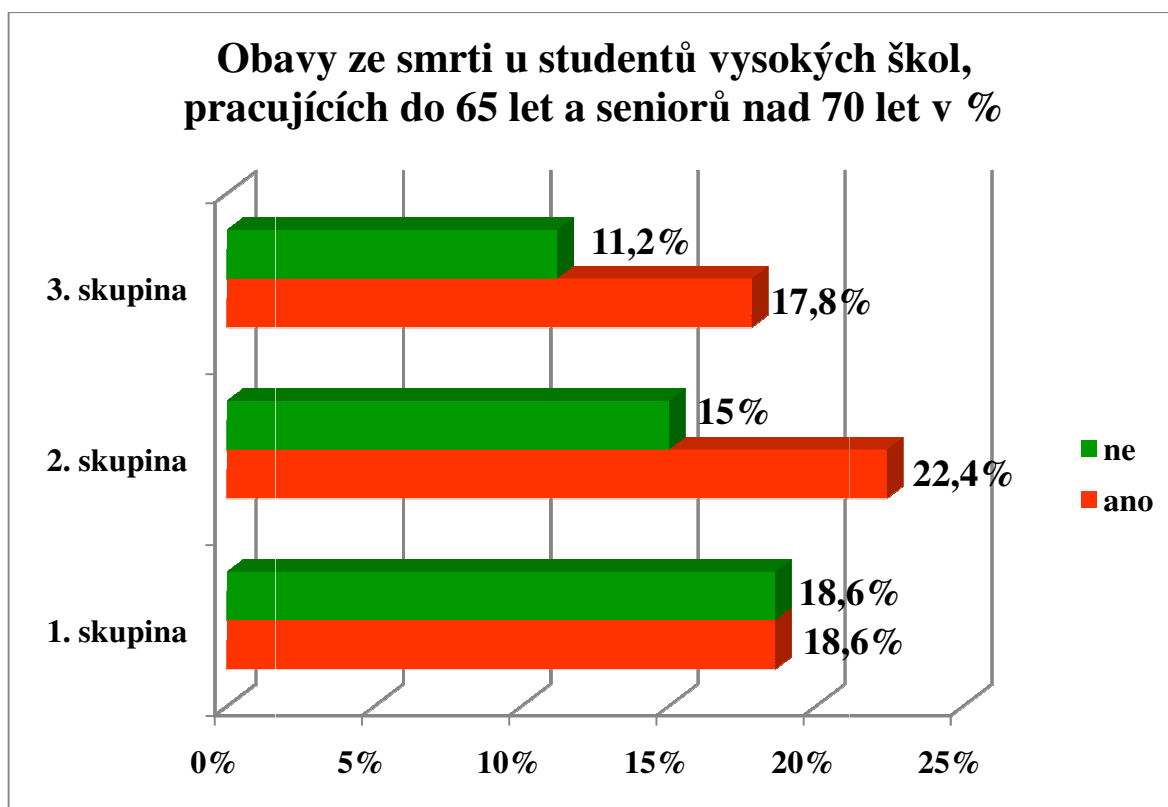
Tabulka č. 7: Obavy ze smrti u studentů vysokých škol, pracujících do 65 let, seniorů nad 70 let

$\Sigma = 107$

Obavy ze smrti – nabídnuté možnosti	1. skupina		2. skupina		3. skupina		Celkem	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)
ano	18	16,8	24	22,4	19	17,8	61	57
ne	18	16,8	16	15	12	11,2	46	43

U studentů vysokých škol se odpověď ano na výše uvedenou otázku objevila celkem 18x (16,8 %). Stejný počet studentů (16,8 %) uvedl, že se smrti nebojí. U pracujících i u seniorů se kladná odpověď častěji (viz Tabulka č. 7 a Graf č. 7). 16 lidí v pracovním poměru (15 %) se smrti nebojí. Jen 12 (11,2 %) seniorů nemá obavy ze smrti. Pouze u studentů do 26 let nebyla častější záporná odpověď než kladná. Obou odpovědi bylo totiž stejně.

Graf č. 7: Obavy ze smrti u studentů vysokých škol, lidí v pracovním poměru, seniorů v %



8.3 Získané výsledky k cíli č. 2

Cíl č. 2: Zjistit, jakou formu odchodu ze života respondenti považují za důstojnou a jakou formu by upřednostnili v případě nevyléčitelné choroby.

K cíli č. 2 se vztahuje otázka č. 5 a č. 6.

Otázka č. 5: Jak si představujete důstojný odchod ze života? (Můžete zakroužkovat více odpovědí - uveďte pořadí.)

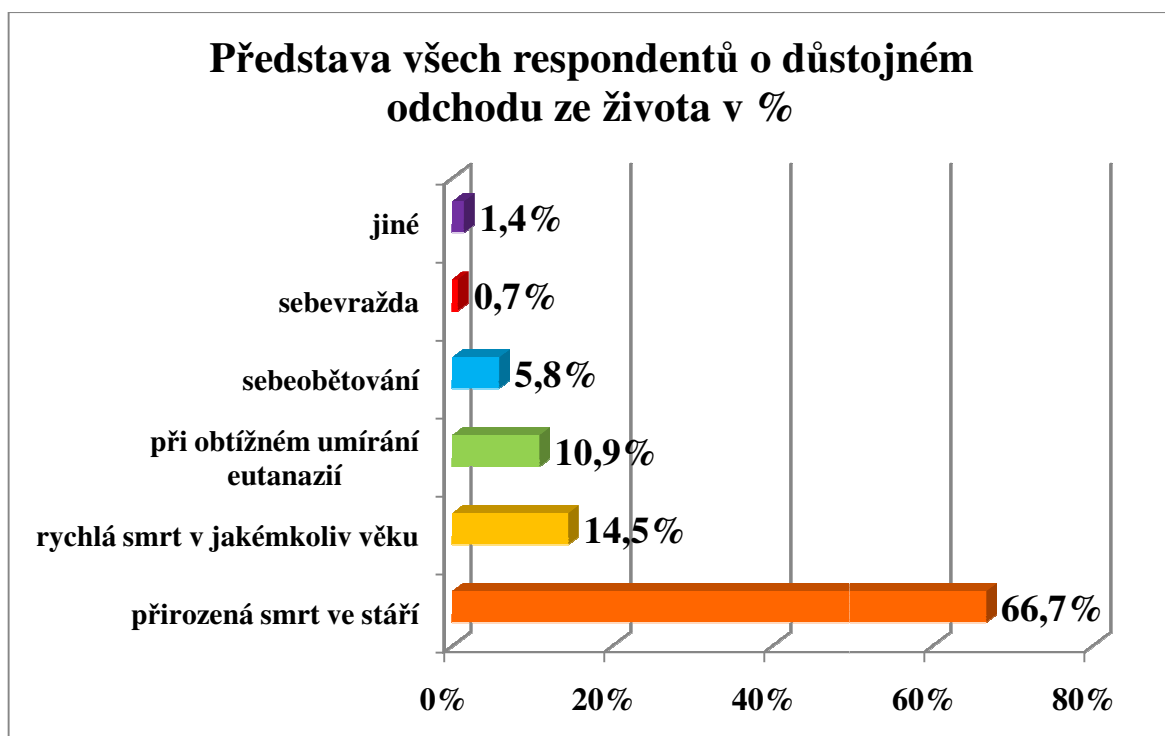
Tabulka č. 8: Představa všech respondentů o důstojném odchodu ze života

$\Sigma = 139$ odpovědí

Představa respondentů o důstojném odchodu ze života – nabídnuté odpovědi	ni	fi (%)
přírozená smrt ve stáří	92	66, 7
rychlá smrt v jakémkoliv věku	20	14, 5
při obtížném umírání eutanazií	15	10, 9
sebeobětování	9	5, 8
sebevražda	1	0, 7
jiné	2	1, 4
Celkem	139	100

Tato otázka nabízela více možností, proto zde 100 % tvoří počet všech odpovědí. Nejčastější odpovědí je přírozená smrt ve stáří. Označena byla celkem 92x (66, 7 %). Druhou nejčastější odpovědí je rychlá smrt v jakémkoliv věku. Tu respondenti zvolili 20x (14, 5 %). 15 respondentů (10, 9 %) by se při obtížném umírání přiklonilo k eutanazii. Sebevraždu považuje za důstojnou smrt jeden z dotazovaných (0, 7 %). Sebeobětování bylo zakroužkováno 9x (5, 8 %). 2 respondenti (1, 4 %) uvedli jiné odpovědi, než jaké jim byly nabízeny. Jeden z nich považuje za důstojnou smrt „uchlastat se“. K této odpovědi byl přidán smajlík. Šlo zřejmě o nějakého vtipálka. Druhý sice zakroužkoval odpověď jiné, ale neuvedl, jakou smrt považuje za důstojnou. Jedna respondentka napsala k označeným odpovědím: „podle Boží vůle.“

Graf č. 8: Představa všech respondentů o důstojném odchodu ze života v %



Kromě toho, že respondenti mohli u otázky č. 5 zakroužkovat více možností, museli k vybraným odpovědím napsat pořadí podle toho, kterou nejvíce preferovali. Jejich odpovědi jsem zpracovala do čtyř tabulek. V první z nich jsem pracovala s celým vzorkem respondentů, v ostatních jsem pracovala s jednotlivými skupinami (studenty VŠ, pracujícími do 65 let a seniory nad 70 let).

Tabulka č. 9: Představa všech respondentů o důstojném odchodu ze života - nejvíce upřednostňovaná odpověď

$\Sigma = 139$

Představa všech respondentů o důstojném odchodu ze života - nejvíce upřednostňovaná odpověď	1. pořadí (%)	2. pořadí (%)	3. pořadí (%)
přirozená smrt ve stáří	66	0	0
rychlá smrt v jakémkoliv věku	6	6	2
při obtížném umírání eutanazií	1	6	4
sebeobětování	1	4	1
sebevražda	0	1	0
jiné	1	1	0

Přirozená smrt ve stáří získala na prvním místě 66 % odpovědí, rychlá smrt v jakémkoliv věku 6 %, při obtížném umírání eutanazie 1 %, sebeobětování 1 % a odpověď jiné 1 % (neuvedeno). Na druhém místě získala odpověď rychlá smrt v jakémkoliv věku 6 %, eutanazie 6 %, sebeobětování 4 %, sebevražda 1 % a jiné 1 % („neuchlastat se“). Na druhé i třetí místo nikdo z dotazovaných neuvedl přirozenou smrt ve stáří. Rychlá smrt v jakémkoliv věku má na třetím místě 2 % odpovědí, eutanazie 4 % a sebeobětování 1 %. Z uvedeného vyplývá, že nejvíce upřednostňovanou odpovědí byla přirozená smrt celkem s 66 % odpovědí. Rychlá smrt v jakémkoliv věku získala dohromady 14 %, eutanazie při obtížném umírání 11 % a sebeobětování 6 %.

Tabulka č. 10: Představa studentů VŠ o důstojném odchodu ze života - nejvíce upřednostňovaná odpověď

$\Sigma = 139$

Představa studentů VŠ o důstojném odchodu ze života - nejvíce upřednostňovaná odpověď	1. pořadí (%)	2. pořadí (%)	3. pořadí (%)
přirozená smrt ve stáří	52	0	0
rychlá smrt v jakémkoliv věku	5	8	5
při obtížném umírání eutanazií	0	7	7
sebeobětování	2	10	3
sebevražda	0	2	0
jiné	0	0	0

Nejvíce upřednostňovanou odpovědí u studentů VŠ se stala přirozená smrt ve stáří s 52 %. Druhou nejčastější odpovědí byla rychlá smrt v jakémkoliv věku s 18 %. Pomyslné třetí místo tvoří sebeobětování s 15 % odpovědí.

Tabulka č. 11: Představa pracujících do 65 let o důstojném odchodu ze života - nejvíce upřednostňovaná odpověď

$\Sigma = 139$

Představa pracujících do 65 let o důstojném odchodu ze života - nejvíce upřednostňovaná odpověď	1. pořadí (%)	2. pořadí (%)	3. pořadí (%)
přirozená smrt ve stáří	79	0	0
rychlá smrt v jakémkoliv věku	4	4	0
při obtížném umírání eutanazií	2	6	2
sebeobětování	0	0	0
sebevražda	0	0	0
jiné	0	2	0

Pracující do 65 let nejčastěji volili odpověď přirozená smrt ve stáří, a ta tak získala 79 % z veškerých odpovědí. Jejich druhou nejčastější odpovědí se stala eutanazie při obtížném umírání s 10 %. Rychlá smrt v jakémkoliv věku získala dohromady 8 % odpovědí.

Tabulka č. 12: Představa seniorů nad 70 let o důstojném odchodu ze života - nejvíce upřednostňovaná odpověď

$\Sigma = 139$

Představa seniorů nad 70 let o důstojném odchodu ze života - nejvíce upřednostňovaná odpověď	1. pořadí (%)	2. pořadí (%)	3. pořadí (%)
přirozená smrt ve stáří	74	0	0
rychlá smrt v jakémkoliv věku	13	3	0
při obtížném umírání eutanazií	3	3	0
sebeobětování	0	0	0
sebevražda	0	0	0
jiné	3	0	0

Stejně jako u 1. a 2. skupiny se také u seniorů stala přirozená smrt ve stáří nejčastější odpovědí a to se 74 %. Rychlá smrt v jakémkoliv věku získala dohromady 16 % a eutanazie při obtížném umírání 6 % odpovědí.

Otázka č. 6: Jak byste si Vy sám přál/a zemřít, když byste věděl/a, že jste nevléčitelně nemocná/ý?

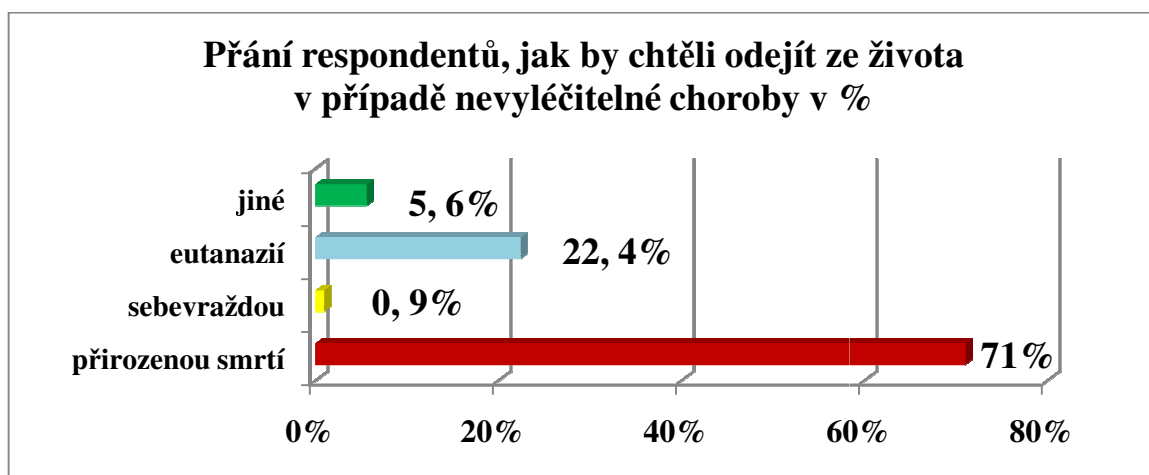
Tabulka č. 13: Přání respondentů, jak by chtěli odejít ze života v případě nevléčitelné choroby

$\Sigma = 107$

Přání respondentů, jak by chtěli odejít ze života v případě nevléčitelné choroby – odpovědi	ni	fi (%)
přirozenou smrtí	76	71
sebevraždou	1	0,9
eutanazií	24	22,4
jiné	6	5,6
Celkem	107	100

76 respondentů (71 %) by si přálo zemřít přirozenou smrtí. Sebevraždu zvolil jeden respondent (0,9 %). Eutanazie se mezi označenými odpověďmi objevila 24x (22,4 %). 4 dotazovaní (5,6 %) uvedli vlastní odpovědi: „přirozenou smrtí, ale nesmím mít bolesti“, „záleží na kvalitě života s daným onemocněním, pokud velice nízká kvalita, možná bych zvažovala eutanazii“, „přirozenou smrtí v důstojných podmínkách a podporou léků tlumících bolest“, „neuchlastat se“. 2 respondenti zakroužkovali odpověď jiné, ale neuvedli své odpovědi. Většina dotazovaných by chtěla zemřít přirozenou smrtí. O eutanazii by měla zájem téměř čtvrtina respondentů.

Graf č. 9: Přání respondentů, jak by chtěli odejít ze života v případě nevléčitelné choroby v %



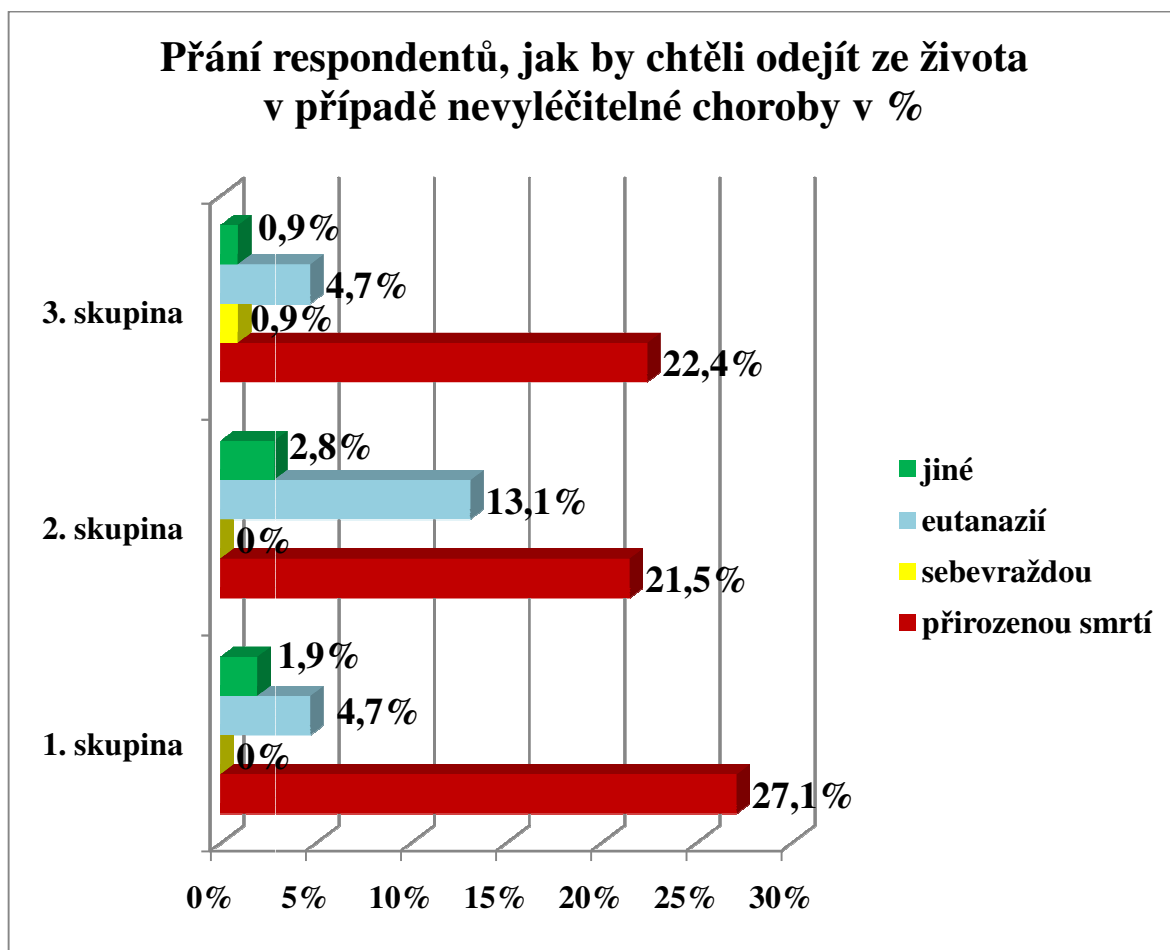
Tabulka č. 14: Přání studentů VŠ, pracujících do 65 let a seniorů nad 70 let, jak by chtěli odejít ze života v případě nevyléčitelné choroby

$\Sigma = 107$

Přání studentů VŠ, pracujících do 65 let a seniorů nad 70 let, jak by chtěli odejít ze života v případě nevyléčitelné choroby - nabídnuté možnosti	1. skupina		2. skupina		3. skupina		Celkem	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)
přirozenou smrtí	29	27, 1	23	21, 5	24	22, 4	76	71
sebevraždou	0	0	0	0	1	0, 9	1	0, 9
eutanazií	5	4, 7	14	13, 1	5	4, 7	24	22, 4
jiné	2	1, 9	3	2, 8	1	0, 9	6	5, 6

V případě nevyléčitelné choroby by chtělo odejít ze života přirozenou smrtí 29 studentů VŠ (27, 1 %), 23 pracujících do 65 let (21, 5 %) a 24 seniorů nad 70 let (22, 4 %). Pro sebevraždu by se rozhodl jeden senior (0, 9 %). K eutanazii by se přiklonilo 5 studentů (4, 7 %), 14 pracujících (13, 1 %) a 5 seniorů (4, 7 %). Odpověď jiné zvolili 2 studenti (1, 9 %), 3 pracujících (2, 8 %) a 1 senior (0, 9 %). Studenti uvedli tyto své odpovědi: „přirozenou smrtí, ale nesmím mít bolesti“, „záleží na kvalitě života s daným onemocněním, pokud velice nízká kvalita, možná bych zvažovala eutanazii“. 2 respondenti z řad pracujících napsali tyto vlastní odpovědi: „přirozenou smrtí v důstojných podmínkách a podporou léků tlumících bolest“, „neuchlastat se“. 1 pracujících a 1 senior sice zakroužkovali odpověď jiné, ale žádnou svojí odpověď neuvedli.

Graf č. 10: Přání studentů VŠ, pracujících do 65 let a seniorů nad 70 let, jak by chtěli odejít ze života v případě nevyléčitelné choroby v %



8. 4 Získané výsledky k cíli č. 3

Cíl č. 3: Zjistit přání respondentů být před smrtí smířeni s Bohem.

K cíli č. 3 se vztahuje otázka č. 7.

Otázka č. 7: Chtěl/a byste být před smrtí smířeni/a s Bohem?

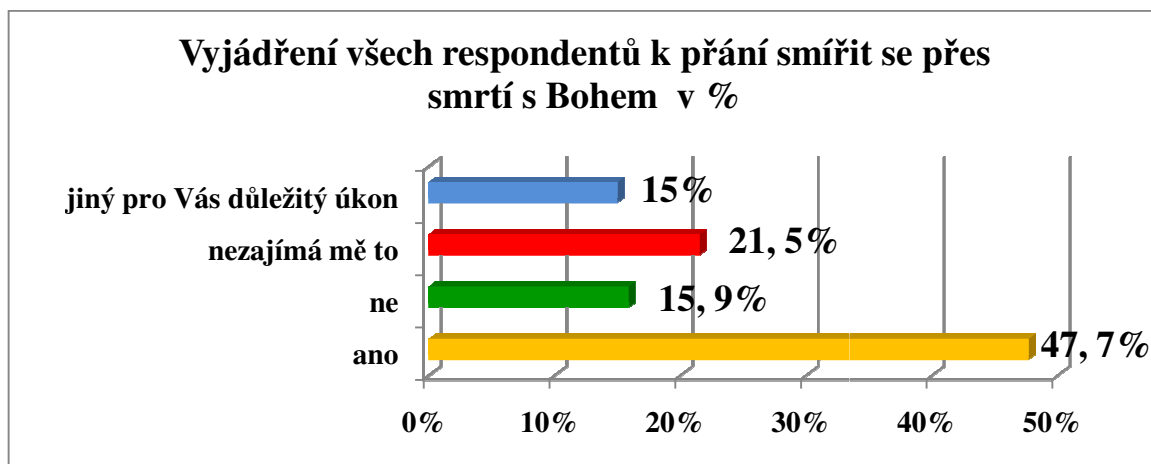
Tabulka č. 15: Vyjádření všech respondentů k přání smířit se před smrtí s Bohem

$\Sigma = 107$

Vyjádření všech respondentů k přání smířit se před smrtí s Bohem – nabídnuté možnosti	ni	fi (%)
ano	51	47, 7
ne	17	15, 9
nezajímá mě to	23	21, 5
jiný pro Vás důležitý úkon	16	15
Celkem	107	100

Před smrtí by s Bohem chtělo být smířeno 51 respondentů (47, 7 %). Záporně na tuto otázku odpovědělo 17 dotazovaných (15, 9 %). 23 respondentů (21, 5 %) udalo, že ho to nezajímá. 16 respondentů (15 %) označilo odpověď „jiný pro Vás důležitý úkon“. Většinou si přáli být smířeni s rodinou a se svými blízkými. Jeden respondent napsal, že chce být smířen sám se sebou. Další chce být smířen s Bohem nebo s jiným světořádem. Někdo napsal: „vyřešení financí, rodina bez mých dluhů.“ Jeden respondent uvedl, že o tom nepřemýšlel. Jedna odpověď byla velmi zajímavá: „pochopit život, předat genetickou informaci dál, uvěřit pokud Bůh či jiná substitute, rovnováha skutečně řídí náš svět.“

Graf č. 11: Vyjádření všech respondentů k přání smířit se před smrtí s Bohem v %

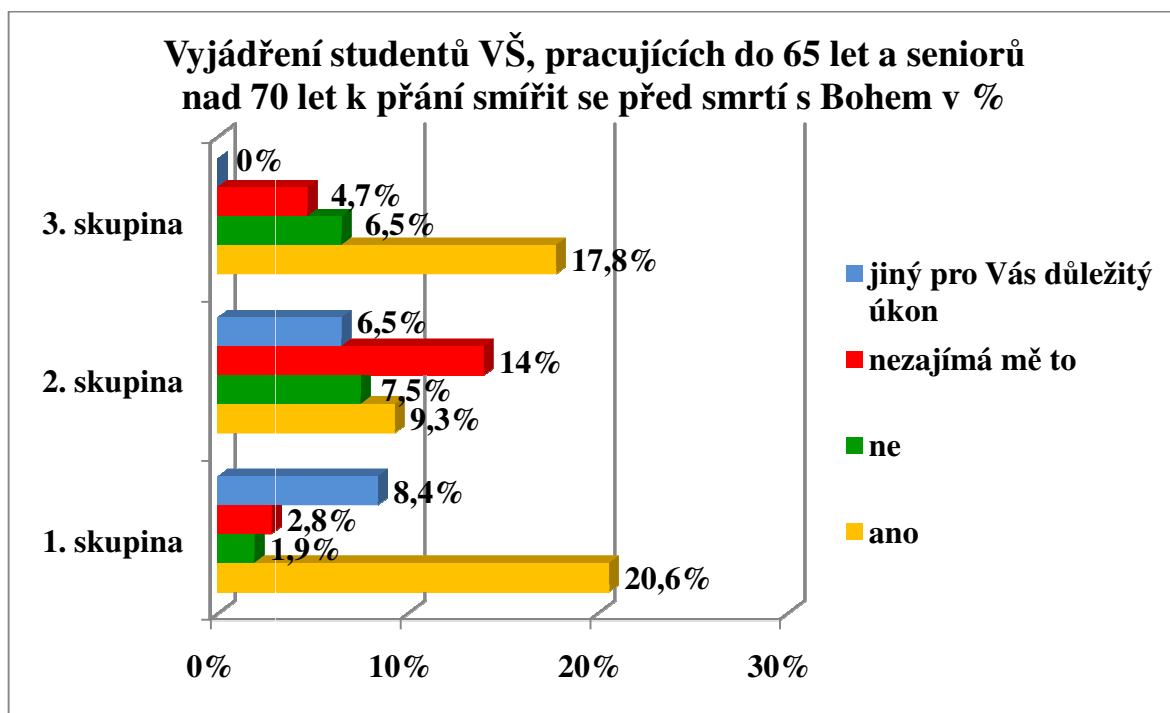


Tabulka č. 16: Vyjádření studentů VŠ, pracujících do 65 let a seniorů nad 70 let k přání smířit se před smrtí s Bohem

Vyjádření všech respondentů k přání smířit se před smrtí s Bohem - nabídnuté možnosti	1. skupina		2. skupina		3. skupina		Celkem	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)
ano	22	20,6	10	9,3	19	17,8	51	47,7
ne	2	1,9	8	7,5	7	6,5	17	15,9
nezajímá mě to	3	2,8	15	14	5	4,7	23	21,5
jiný pro Vás důležitý úkon	9	8,4	7	6,5	0	0	16	15

Smířit se před smrtí s Bohem by chtělo 22 studentů VŠ (20,6 %), 10 pracujících do 65 let (9,3 %) a 19 seniorů nad 70 let (17,8 %). Naopak o smíření s Bohem nestojí 2 studenti (1,9 %), 8 pracujících (7,5 %) a 7 seniorů (6,5 %). 3 studenti (2,8 %) označili odpověď „nezajímá mě to“, rovněž tak 15 pracujících (14 %) a 5 seniorů (4,7 %). 9 studentů (8,4 %) a 7 pracujících (6,5 %) uvedli jiný pro ně důležitý úkon. Převážně se jednalo o smíření se s rodinou a se svými blízkými.

Graf č. 12: Vyjádření studentů VŠ, pracujících do 65 let a seniorů nad 70 let k přání smířit se před smrtí s Bohem v %



8. 5 Získané výsledky k cíli č. 4

Cíl č. 4: Zjistit, jaké mají respondenti povědomí o pojmech jako je eutanazie a paliativní péče.

K cíli č. 4 se vztahuje otázka č. 8 a č. 9.

Otázka č. 8: Víte, co je paliativní péče?

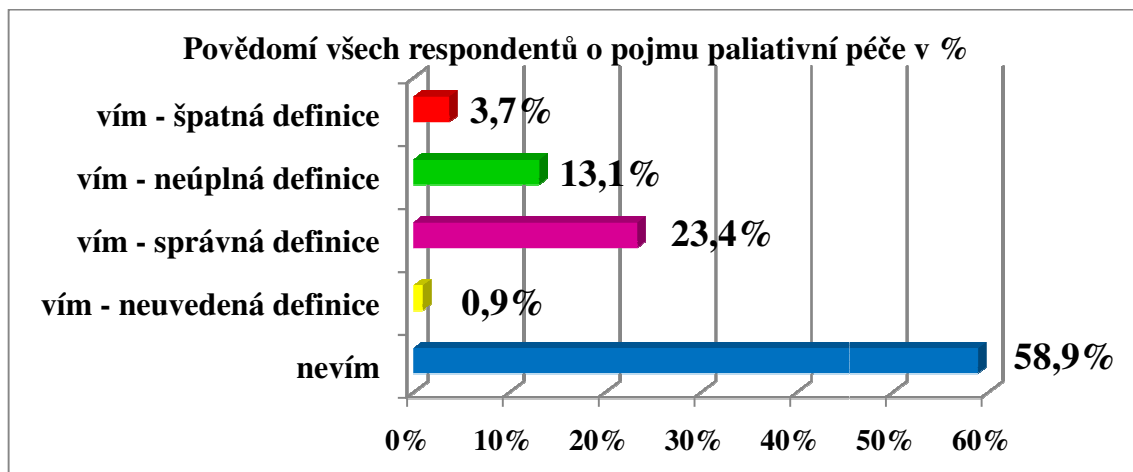
Tabulka č. 17: Povědomí všech respondentů o pojmu paliativní péče

$\Sigma = 107$

Povědomí všech respondentů o pojmu paliativní péče – odpovědi	ni	fi (%)
nevím	63	58,9
vím - neuvedená definice	1	0,9
vím - správná definice	25	23,4
vím - neúplná definice	14	13,1
vím - špatná definice	4	3,7
Celkem	107	100

63 dotazovaných (58,9 %) uvedlo, že neví, co je paliativní péče. 1 respondent (0,9 %) zakroužkoval odpověď „vím“, ale definici neuvedl. Správně paliativní péči definovalo jen 25 dotazovaných (23,4 %). V 14 případech (13,1 %) uvedli jen částečnou definici. 4 respondenti (3,7 %), přestože zaškrtnli odpověď „vím“, definovali paliativní péči špatně. Úplně správně paliativní péči definovala jen čtvrtina respondentů.

Graf č. 13: Povědomí všech respondentů o pojmu paliativní péče v %



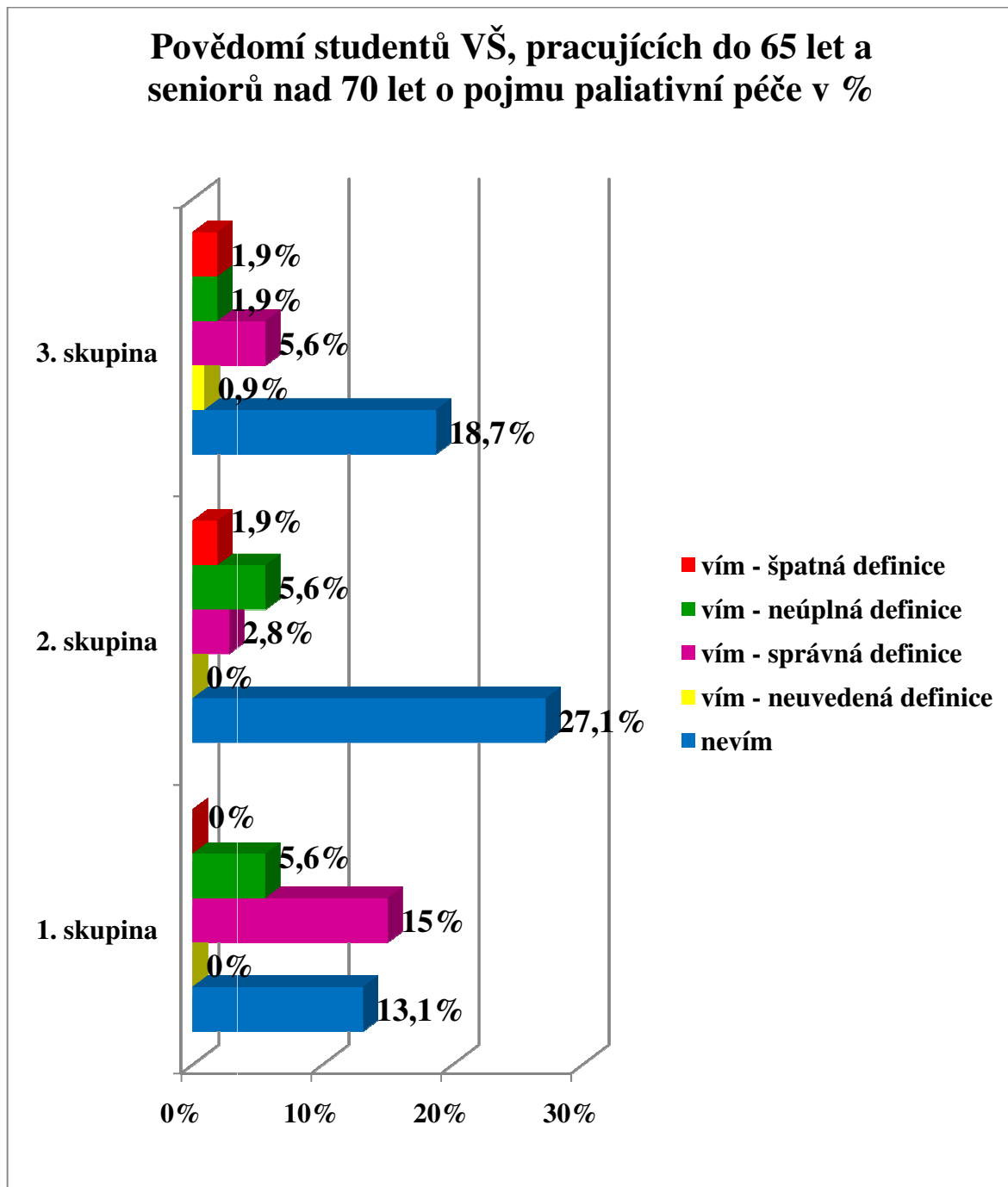
Tabulka č. 18: Povědomí studentů VŠ, pracujících do 65 let a seniorů nad 70 let o pojmu paliativní péče

$\Sigma = 107$

Povědomí studentů VŠ, pracujících do 65 let a seniorů nad 70 let o pojmu paliativní péče – odpovědi	1. skupina		2. skupina		3. skupina		Celkem	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)
nevím	14	13, 1	29	27, 1	20	18, 7	63	58, 9
vím - neuvedená definice	0	0	0	0	1	0, 9	1	0, 9
vím - správná definice	16	15	3	2, 8	6	5, 6	25	23, 4
vím - neúplná definice	6	5, 6	6	5, 6	2	1, 9	14	13, 1
vím - špatná definice	0	0	2	1, 9	2	1, 9	4	3, 7

V této otázce nejlépe dopadli studenti vysokých škol, kteří paliativní péči definovali správně v 16 případech (15 %). Je to částečně ovlivněno tím, že někteří respondenti byli z řad mých spolužaček (studentek oboru všeobecná sestra). 14 (13, 1 %) studentů uvedlo, že neví, co je paliativní péče. 6 studentů (5, 6 %) se o definici alespoň pokusilo. Jen 3 pracující (2, 8 %) správně definovali paliativní péči. 29 jich zaškrtnulo odpověď „nevím“ (27, 1 %). 6 lidí v pracovním poměru (5, 6 %) napsalo neúplnou definici. 2 (1, 9 %) respondenti z řad pracujících definovali paliativní péči špatně. U seniorů nad 70 let se objevilo 6 správných definic (5, 6 %). 20 (18, 7 %) jich uvedlo, že neví, co je paliativní péče. Jeden senior (0, 9 %) zaškrtnl odpověď „vím“, aniž by napsal, co si pod pojmem paliativní péče představuje. 2 respondenti (1, 9 %) této skupiny se o definování paliativní péče pokusili částečně dobře a 2 (1, 9 %) špatně.

Graf č. 14: Povědomí studentů VŠ, pracujících do 65 let a seniorů nad 70 let o pojmu paliativní péče v %



Otázka č. 9: Víte, co je eutanazie?

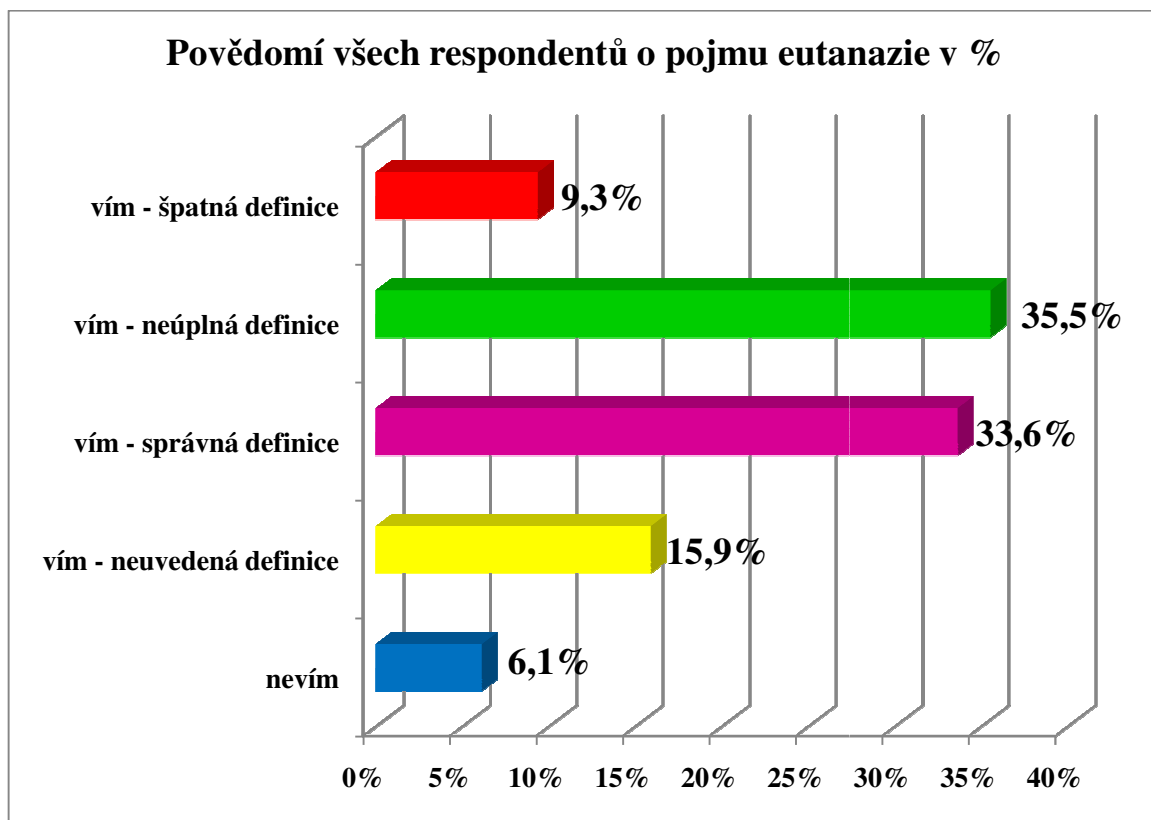
Tabulka č. 19: Povědomí všech respondentů o pojmu eutanazie

$\Sigma = 107$

Povědomí všech respondentů o pojmu eutanazie - odpovědi	ni	fi (%)
nevím	6	6,1
vím - neuvedená definice	17	15,9
vím - správná definice	36	33,6
vím - neúplná definice	38	35,5
vím - špatná definice	10	9,3
Celkem	107	100

Eutanazii správně definovalo 36 respondentů (33,6 %). Jen 6 respondentů (6,1 %) uvedlo, že neví, co je eutanazie. O ne zcela správné definování eutanazie se pokusilo 38 respondentů (35,5 %). 10 (9,3 %) respondentů ji definovalo nesprávně.

Graf č. 15: Povědomí všech respondentů o pojmu eutanazie v %



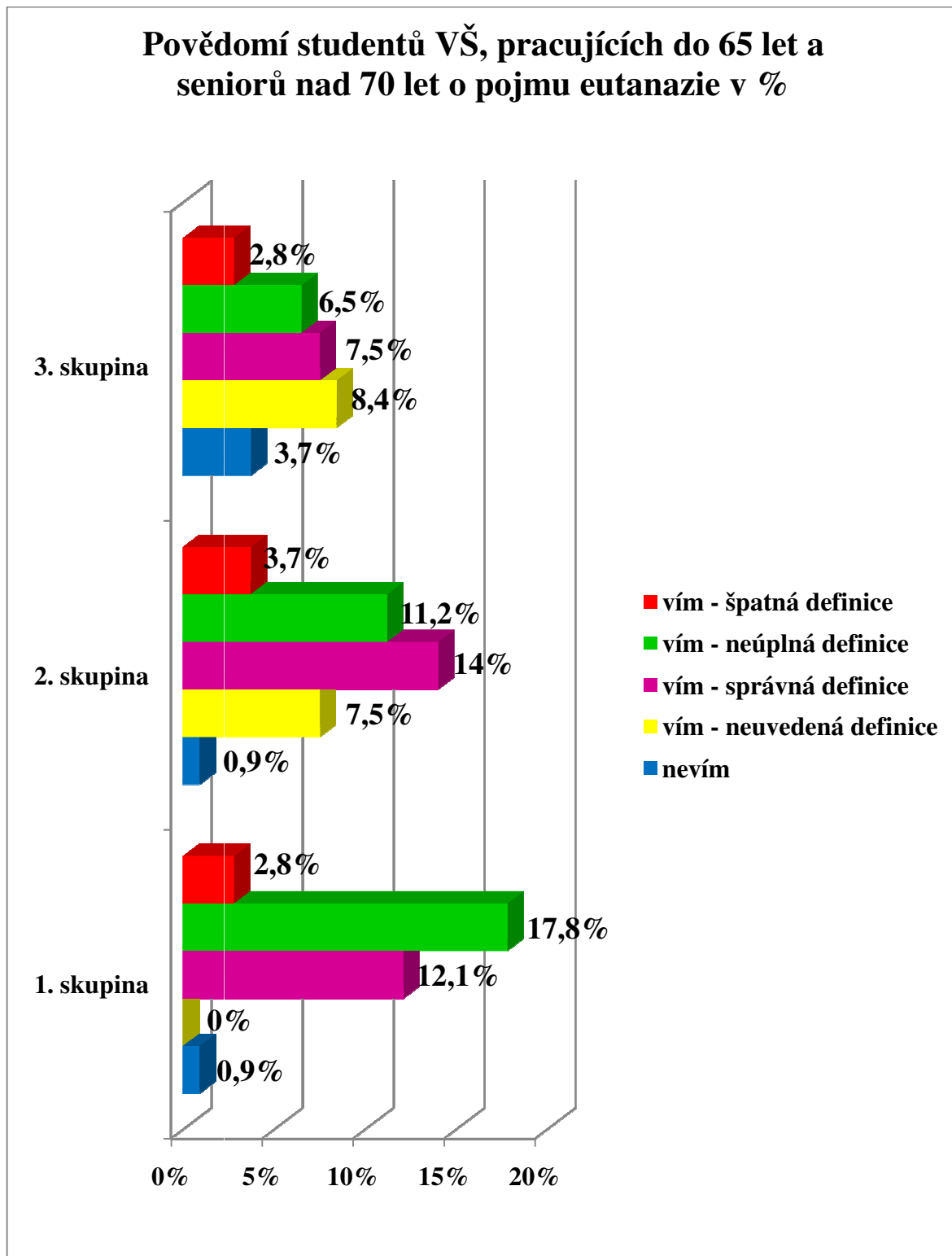
Tabulka č. 20: Povědomí studentů VŠ, pracujících do 65 let a seniorů nad 70 let o pojmu eutanazie

$\Sigma = 107$

Povědomí studentů VŠ, pracujících do 65 let a seniorů nad 70 let o pojmu eutanazie – odpovědi	1. skupina		2. skupina		3. skupina		Celkem	
	ni	f _i (%)	ni	f _i (%)	ni	f _i (%)	ni	f _i (%)
nevím	1	0,9	1	0,9	4	3,7	6	6,1
vím - neuvedená definice	0	0	8	7,5	9	8,4	17	15,9
vím - správná definice	13	12,1	15	14	8	7,5	36	33,6
vím - neúplná definice	19	17,8	12	11,2	7	6,5	38	35,5
vím - špatná definice	3	2,8	4	3,7	3	2,8	10	9,3

Studenti vysokých škol definovali eutanazii správně v 13 případech (12,1 %). Jenom jeden student (0,9 %) uvedl, že neví, co je eutanazie. 19 respondentů z řad studentů VŠ (17,8 %) napsalo definici eutanazie jen částečně dobře. Špatně ji definovali 3 (2,8 %). Pracující odpovídali takto: 1x nevím (0,9 %), 8x vím bez uvedené definice (7,5 %), 15x vím se správnou definicí (14 %), 12x vím s neúplnou definicí (11,2 %) a 4x vím se špatnou odpovědí (3,7 %). 4 senioři (3,7 %) uvedli, že neví, co je eutanazie. 9 (8,4 %) jich zakroužkovalo odpověď „vím“, aniž by napsali, co si pod pojmem eutanazie představují. Jenom 8 (7,5 %) z nich definovali eutanazii správně. Dalších 10 odpovědělo, že ví, co je eutanazie. 7 z nich (6,5 %) napsalo neúplnou definici a 3 jich (2,8 %) uvedlo špatnou definici.

Graf č. 16: Povědomí studentů VŠ, pracujících do 65 let a seniorů nad 70 let o pojmu eutanazie v %



8. 6 Získané výsledky k cíli č. 5

Cíl č. 5: Zjistit, kde by sledovaní respondenti chtěli umírat a zdali toto prostředí považují za vhodné pro důstojné umírání.

K cíli č. 5 se vztahuje otázka č. 10 a č. 11.

Otázka č. 10: Jaké prostředí považujete obecně za vhodné pro důstojné umírání člověka?

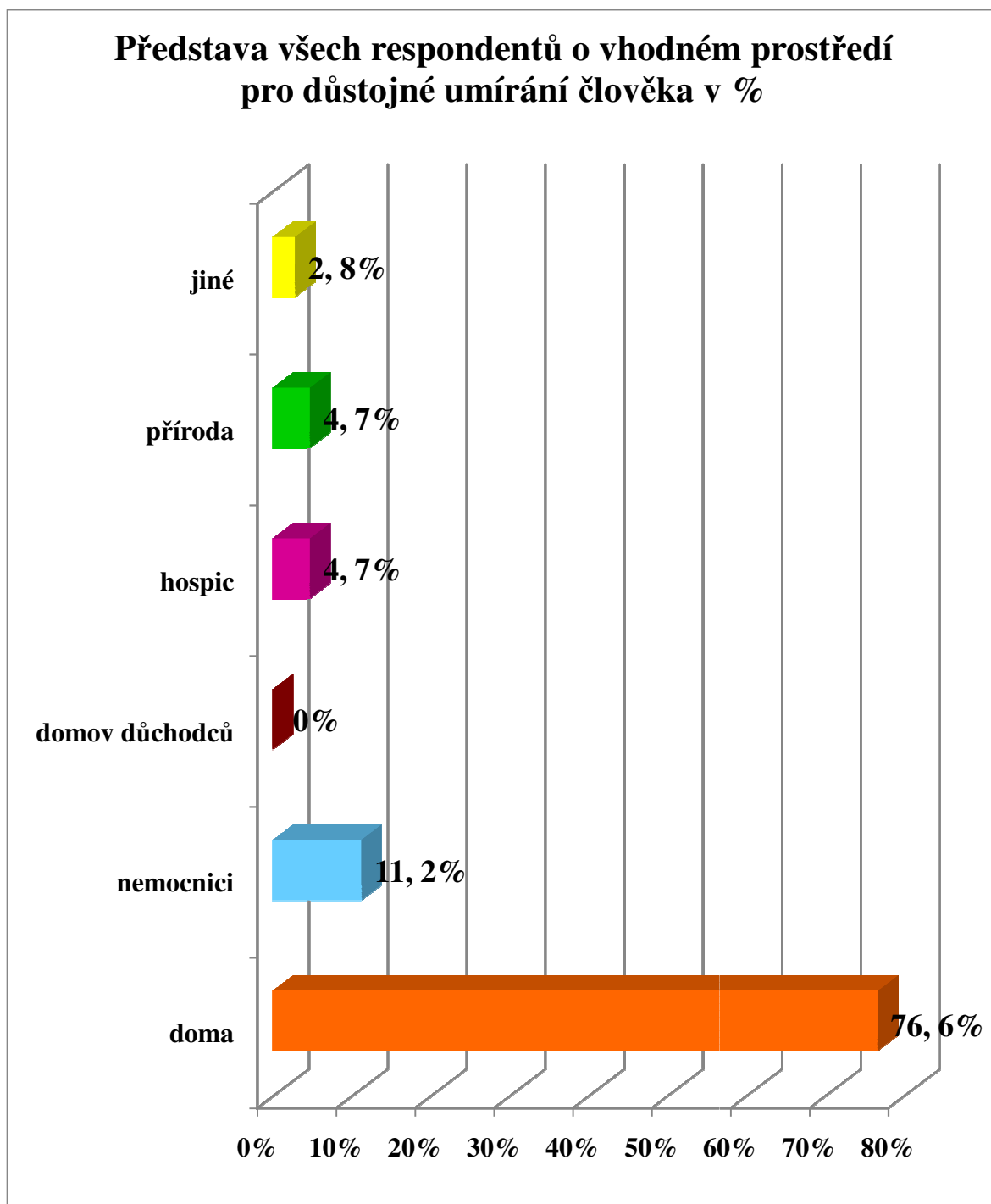
Tabulka č. 21: Představa všech respondentů o vhodném prostředí pro důstojné umírání člověka

$\Sigma = 107$

Představa všech respondentů o vhodném prostředí pro důstojné umírání člověka – odpovědi	ni	fi (%)
doma	82	76, 6
nemocnice	12	11, 2
domov důchodců	0	0
hospic	5	4, 7
příroda	5	4, 7
jiné	3	2, 8
Celkem	107	100

.Nejčastější odpověď byla „doma“, kterou zvolilo 82 respondentů (76, 6 %). Nemocnici zaškrtnulo 12 respondentů (11, 2 %). Domov důchodců nikdo nepovažuje za vhodný pro důstojné umírání. Stejně odpovědí má hospic (4, 7 %) a příroda (4, 7 %). Obě odpovědi získaly 5 hlasů. 3 respondenti (2, 8 %) uvedlo odpověď „jiné“. Tito respondenti uvedli následující odpovědi: „cokoliv z uvedeného nejde jen o prostředí, ale o okolnosti“, „žádné“, „Dům pokojného stáří“. Zajímavá odpověď je „žádné“ prostředí. Bylo tím myšleno, že žádné prostředí nemůže být důstojné pro umírání nebo že dotyčný si neumí představit, že by se mohlo důstojně umírat?

Graf č. 17: Představa všech respondentů o vhodném prostředí pro důstojné umírání člověka v %



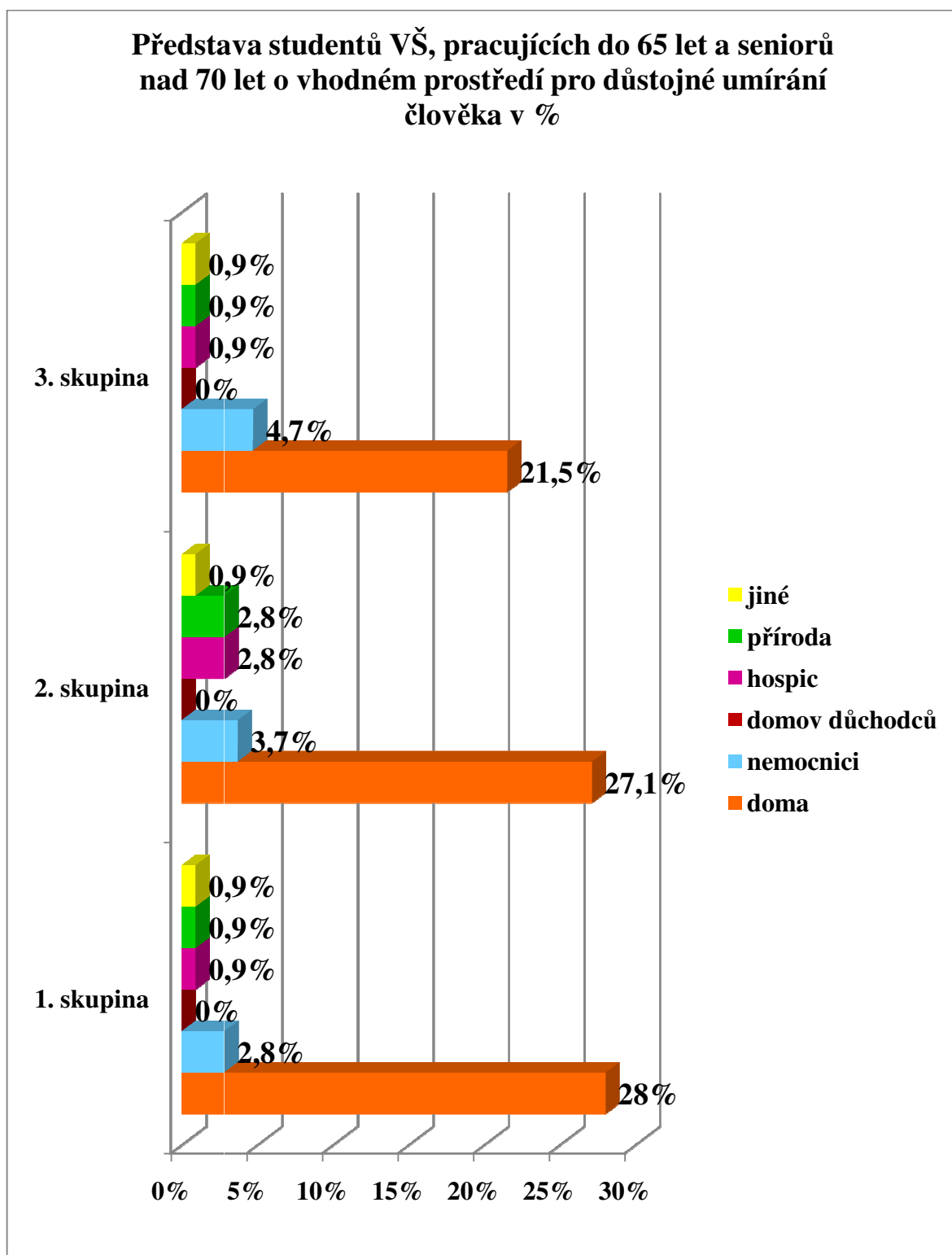
Tabulka č. 22: Představa studentů VŠ, pracujících do 65 let a seniorů nad 70 let o vhodném prostředí pro důstojné umírání člověka

$\Sigma = 107$

Představa studentů VŠ, pracujících do 65 let a seniorů nad 70 let o vhodném prostředí pro důstojné umírání člověka – nabídnuté možnosti	1. skupina		2. skupina		3. skupina		Celkem	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)
doma	30	28	29	27,1	23	21,5	82	76,6
nemocnice	3	2,8	4	3,7	5	4,7	12	11,2
domov důchodců	0	0	0	0	0	0	0	0
hospic	1	0,9	3	2,8	1	0,9	5	4,7
příroda	1	0,9	3	2,8	1	0,9	5	2,8
jiné	1	0,9	1	0,9	1	0,9	3	2,8

Domov považuje za vhodné prostředí pro důstojné umírání 30 studentů VŠ (28 %), 29 pracujících do 65 let (27,1 %) a 23 seniorů (21,5 %). Nemocnici zvolili 3 studenti (2,8 %), 4 pracující (3,7 %) a 5 seniorů (4,7 %). Domov důchodců nebyl nikým označen. Pro hospic se vyjádřil jeden student (0,9 %), 3 pracující (2,8 %) a 1 senior (0,9 %). Stejně tak tomu bylo s odpovědí „příroda“. Odpověď „jiné“ zvolili 3 respondenti. Každá skupina má jednoho zástupce. Respondent z řad studentů napsal toto: „cokoliv z uvedeného nejde jen o prostředí, ale o okolnosti“. Jeden pracující (0,9 %) nepovažuje žádné prostředí za vhodné pro důstojné umírání. Jeden senior (0,9 %) považuje za vhodné prostředí pro důstojný odchod Domov pokojného stáří.

Graf č. 18: Představa studentů VŠ, pracujících do 65 let a seniorů nad 70 let o vhodném prostředí pro důstojné umírání člověka v %



Otázka č. 11: Kde byste si Vy osobně přál/a umírat?

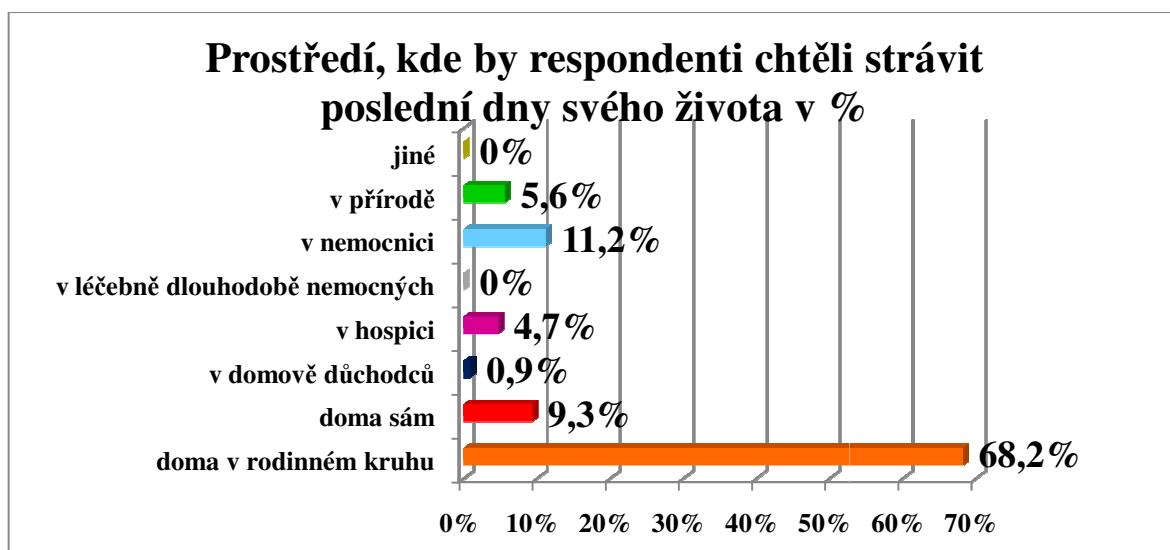
Tabulka č. 23: Prostředí, kde by respondenti chtěli strávit poslední dny svého života

$\Sigma = 107$

Prostředí, kde by respondenti chtěli strávit poslední dny svého života – odpovědi	ni	fi (%)
doma v rodinném kruhu	73	68, 2
doma sám	10	9, 3
v domově důchodců	1	0, 9
v hospici	5	4, 7
v léčebně dlouhodobě nemocných	0	0
v nemocnici	12	11, 2
v přírodě	6	5, 6
jiné	0	0
Celkem	107	100

Nejčastější odpovědí bylo „doma v rodinném kruhu“ a to v 73 případech (68, 2 %). Umírat doma o samotě by si přálo 10 respondentů (9, 3 %). Jeden respondent (0, 9 %) by chtěl poslední dny svého života strávit v domově důchodců. Hospic zvolilo 5 respondentů (4,7%). V nemocnici by umíralo 12 dotazovaných (11, 2 %). Příroda byla zvolena 6x (5,6%). Nikdo by nechtěl umírat v léčebně dlouhodobě nemocných.

Graf č. 19: Prostředí, kde by respondenti chtěli strávit poslední dny svého života v %



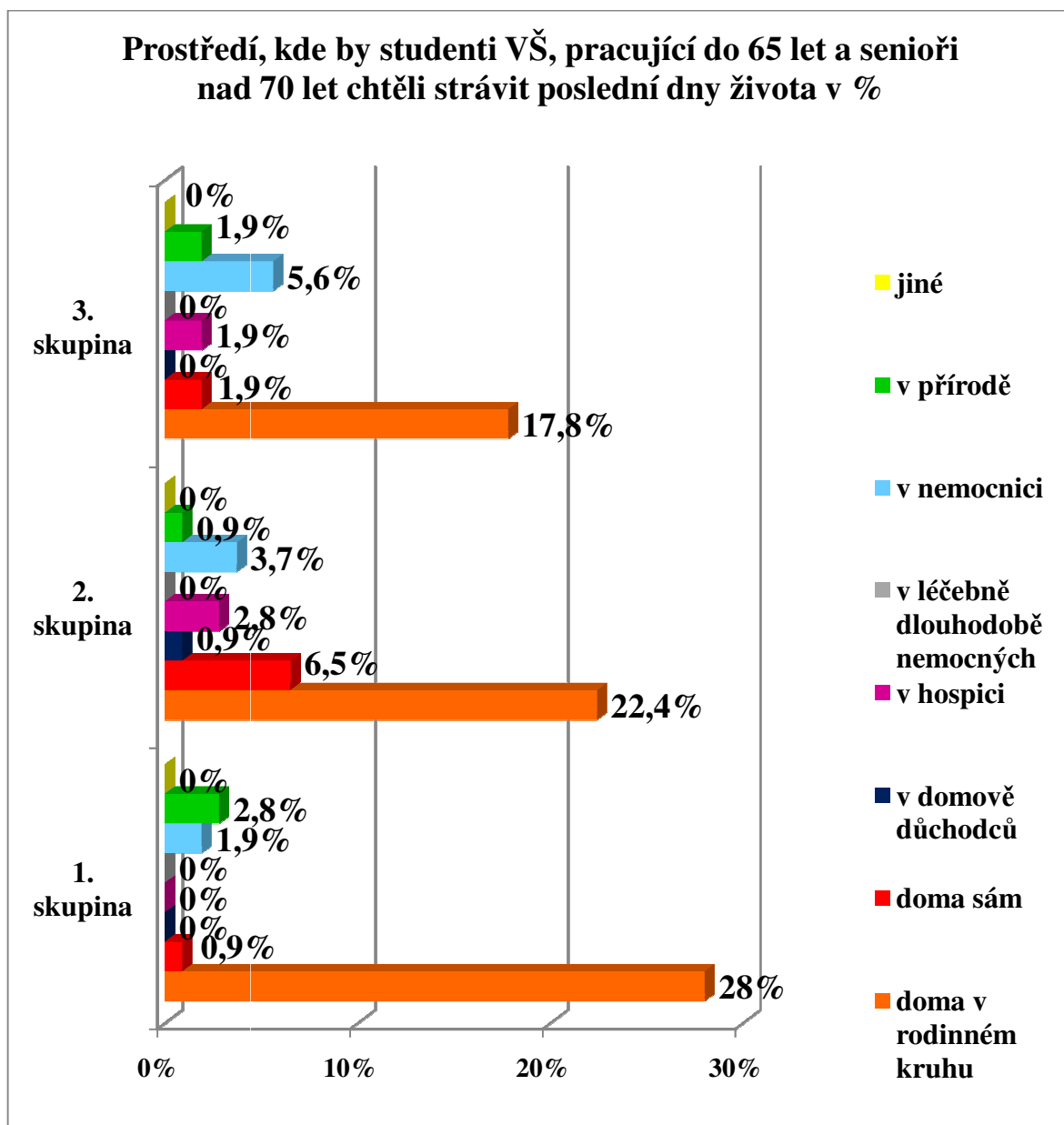
Tabulka č. 24: Prostředí, kde by studenti VŠ, pracující do 65 let a senioři nad 70 let chtěli strávit poslední dny života

$$\Sigma = 107$$

Prostředí, kde by studenti VŠ, pracující do 65 let a senioři nad 70 let chtěli strávit poslední dny života – nabídnuté možnosti	1. skupina		2. skupina		3. skupina		Celkem	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)
doma v rodinném kruhu	30	28	24	22,4	19	17,8	73	68,2
doma sám	1	0,9	7	6,5	2	1,9	10	9,3
v domově důchodců	0	0	1	0,9	0	0	1	0,9
v hospici	0	0	3	2,8	2	1,9	5	4,7
v léčebně dlouhodobě nemocných	0	0	0	0	0	0	0	0
v nemocnici	2	1,9	4	3,7	6	5,6	12	11,2
v přírodě	3	2,8	1	0,9	2	1,9	6	5,6
jiné	0	0	0	0	0	0	0	0

Doma s rodinou by chtělo umírat 30 studentů (28 %), 24 pracujících do 65 let (22,4 %) a 19 seniorů nad 70 let (17,8 %). Doma o samotě by umíral jeden student VŠ (0,9 %), 7 pracujících do 65 let (6,5 %) a 2 senioři nad 70 let (1,9 %). Domov důchodců by si zvolil jeden pracující (0,9 %). Hospic zaškrtnli 3 pracující (2,8 %) a 2 senioři (1,9 %). Léčebnu dlouhodobě nemocných nezvolil nikdo. V nemocnici by chtěli strávit poslední dny života 2 studenti (1,9 %), 4 pracující (3,7 %) a 6 seniorů (5,6 %). Přírodu označili 3 studenti (2,8%), 1 pracující (0,9 %) a 2 senioři (1,9 %).

Graf č. 20: Prostředí, kde by studenti VŠ, pracující do 65 let a senioři nad 70 let chtěli strávit poslední dny života v %



8. 7 Získané výsledky k cíli č. 6

Cíl č. 6: Zjistit názory sledovaných na eutanazii.

K cíli č. 6 se vztahuje otázka č. 12, č. 13 a č. 14.

Otázka č. 12: Souhlasíte s legalizací eutanazie?

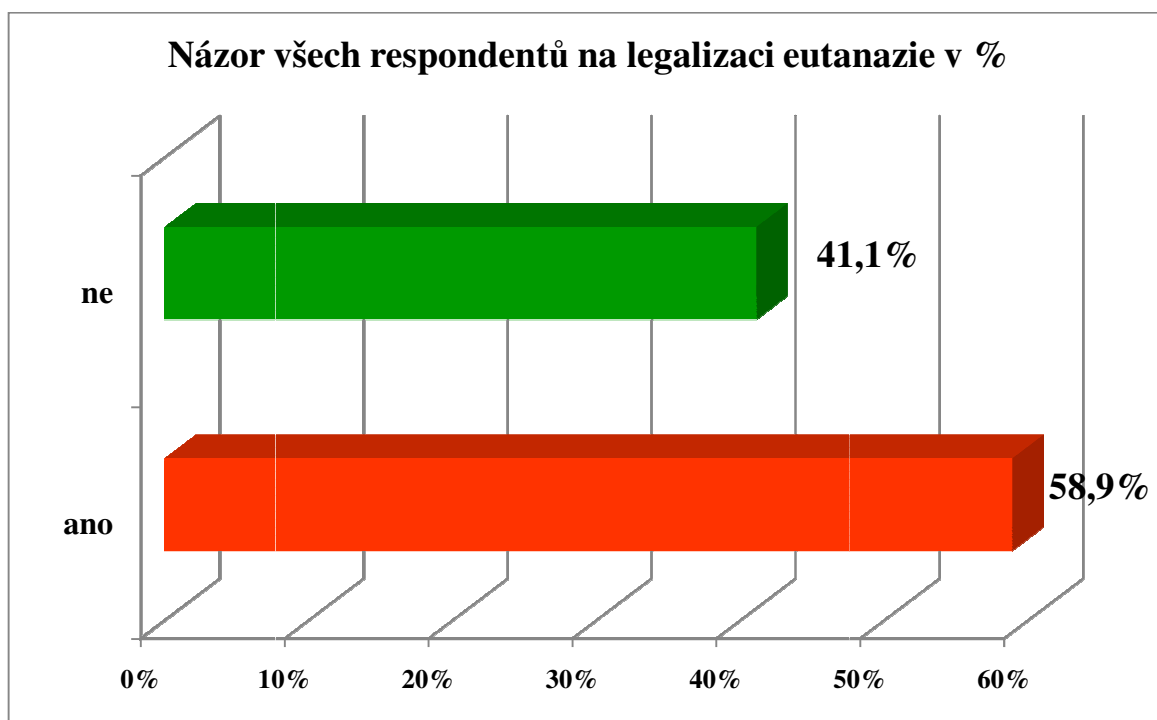
Tabulka č. 25: Názor všech respondentů na legalizaci eutanazie

$\Sigma = 107$

Názor všech respondentů na legalizaci eutanazie – odpovědi	ni	f _i (%)
ano	63	58,9
ne	44	41,1
Celkem	107	100

S legalizací eutanazie souhlasí 63 respondentů (58,9 %) a tvoří tak většinu odpovědí. 44 respondentů (41,1 %) je proti legalizaci eutanazie.

Graf č. 21: Názor všech respondentů na legalizaci eutanazie v %



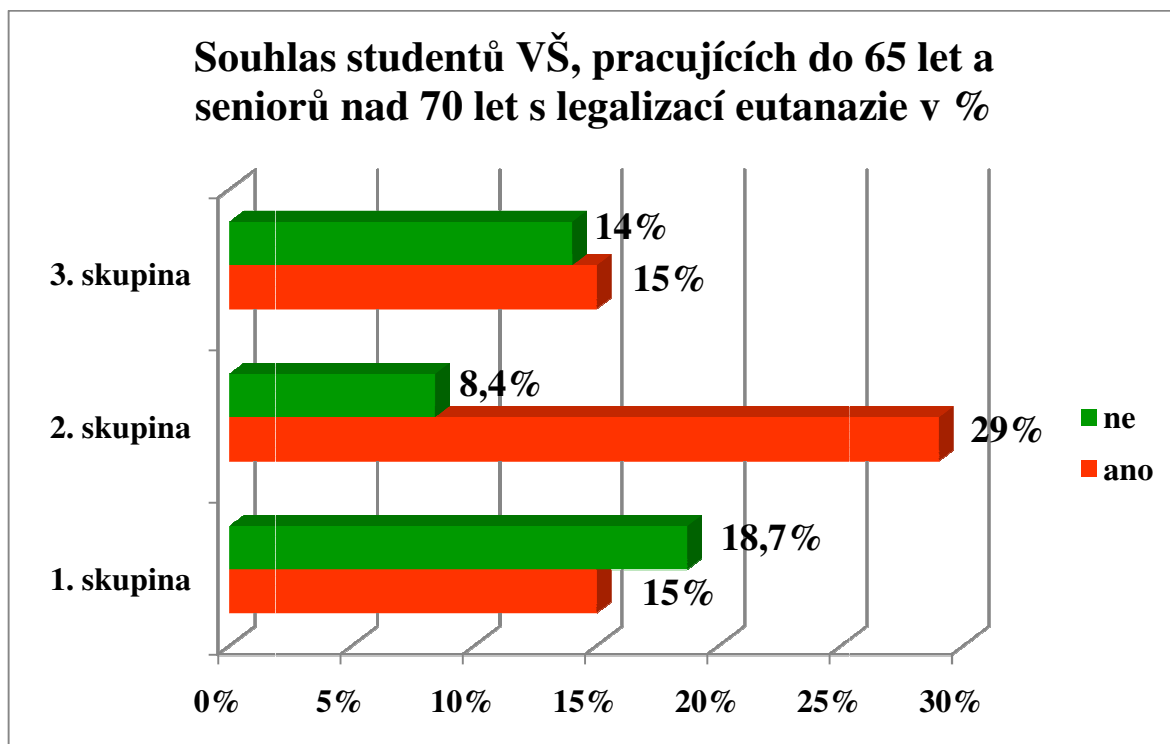
Tabulka č. 26: Názor studentů VŠ, pracujících do 65 let a seniorů nad 70 let na legalizaci eutanazie

$\Sigma = 107$

Názor studentů VŠ, pracujících do 65 let a seniorů nad 70 let na legalizaci eutanazie – nabídnuté možnosti	1. skupina		2. skupina		3. skupina		Celkem	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)
ano	16	15	31	29	16	15	63	58,9
ne	20	18,7	9	8,4	15	14	44	41,1

S legalizací eutanazie nejvíce souhlasí pracující a to přibližně 1/3 (29 %) všech dotazovaných. K eutanazii se kloní 16 seniorů (15 %). Stejně tak i studentů VŠ. Záporně na tuto otázku odpovědělo 20 studentů vysokých škol do 26 let (18,7 %), 9 lidí v pracovním poměru do 65 let (8,4 %) a 15 seniorů nad 70 let (14 %).

Graf č. 22: Názor studentů VŠ, pracujících do 65 let a seniorů nad 70 let na legalizaci eutanazie v %



Otázka č. 13: Uvažoval/a byste o eutanazii, když byste věděl/a, že jste nevyléčitelně nemocný/á?

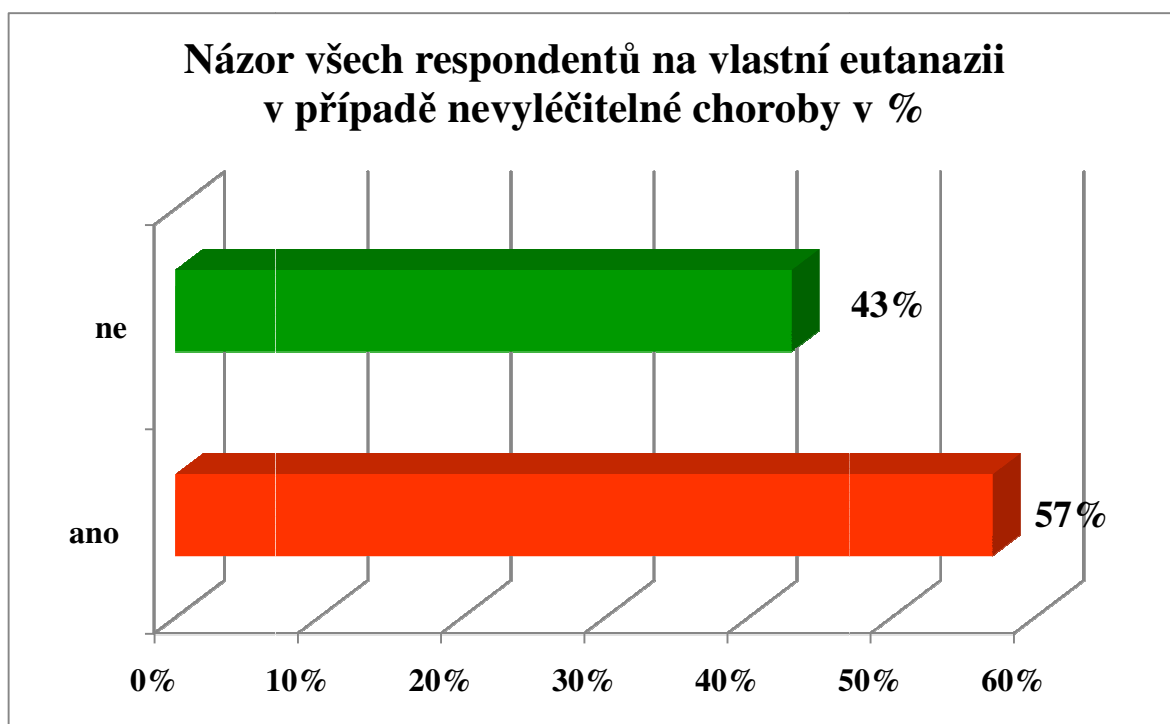
Tabulka č. 27: Názor respondentů na vlastní eutanazii v případě nevyléčitelné choroby

$\Sigma = 107$

Názor všech respondentů na vlastní eutanazii v případě nevyléčitelné choroby – odpovědi	ni	fi (%)
ano	61	57 %
ne	46	43 %
Celkem	107	100 %

S vědomím nevyléčitelné choroby by o eutanazii uvažovala většina respondentů (57 %). 46 respondentů (43 %) se vyjádřilo, že by o ní neuvažovalo.

Graf č. 23: Názor všech respondentů na vlastní eutanazii v případě nevyléčitelné choroby v %



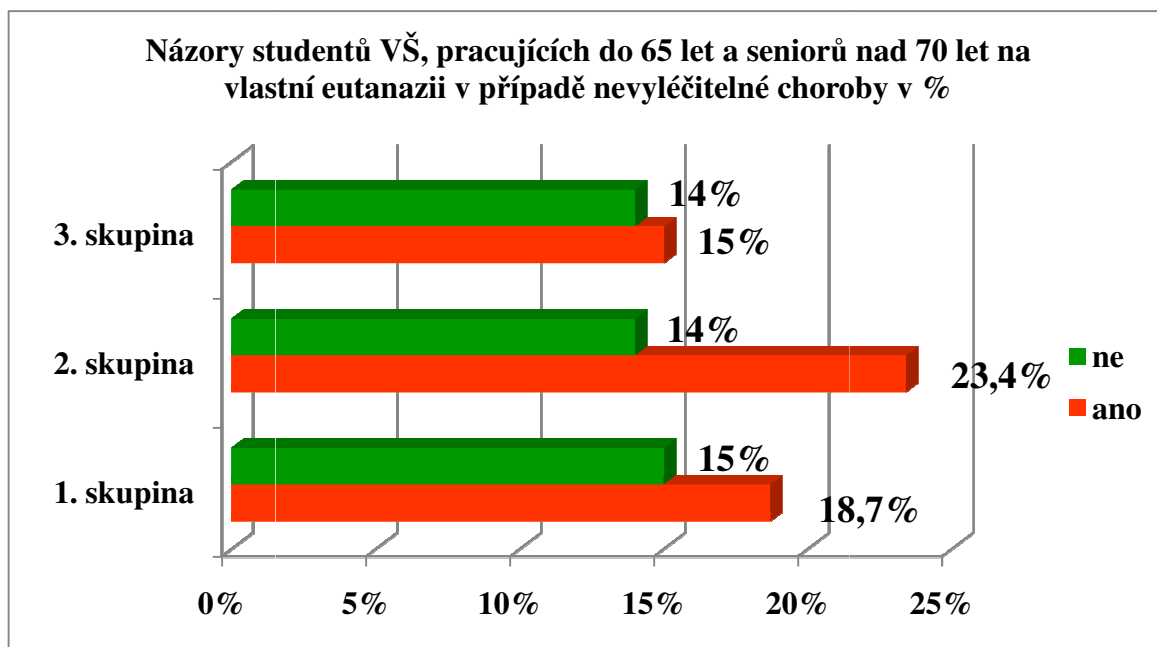
Tabulka č. 28: Názor studentů VŠ, pracujících do 65 let a seniorů nad 70 let na vlastní eutanazii v případě nevyléčitelné choroby

$\Sigma = 107$

Názor studentů VŠ, pracujících do 65 let a seniorů nad 70 let na vlastní eutanazii v případě nevyléčitelné choroby – nabídnuté možnosti	1. skupina		2. skupina		3. skupina		Celkem	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)
ano	20	18,7	25	23,4	16	15	70	57
ne	16	15	15	14	15	14	51	43

Studenti VŠ odpovídali takto: 20 (18,7 %) jich zaškrtnulo odpověď ano, 16 (15 %) ne. Odpovědi na tuto otázku jsou tedy poměrně vyrovnané. O eutanazii by uvažovalo 25 pracujících (23,4 %), 15 nikoliv (14 %). U seniorů je počet téměř vyrovnaný. 16 seniorů (15 %) by o eutanazii uvažovalo. Záporně jich na tuto otázku odpovědělo 15 (14 %).

Graf č. 24: Názor studentů VŠ, pracujících do 65 let a seniorů nad 70 let na vlastní eutanazii v případě nevyléčitelné choroby v %



Otázka č. 14: Napište, co by Vás vedlo k přání provést eutanazii.

Tato otázka zjišťovala důvody, které by vedly respondenty k uvažování o provedení eutanazie. Respondenti odpovídali vlastními slovy. Řada jich napsala podobné odpovědi. Zpracovala jsem je do následujících tabulek a grafů.

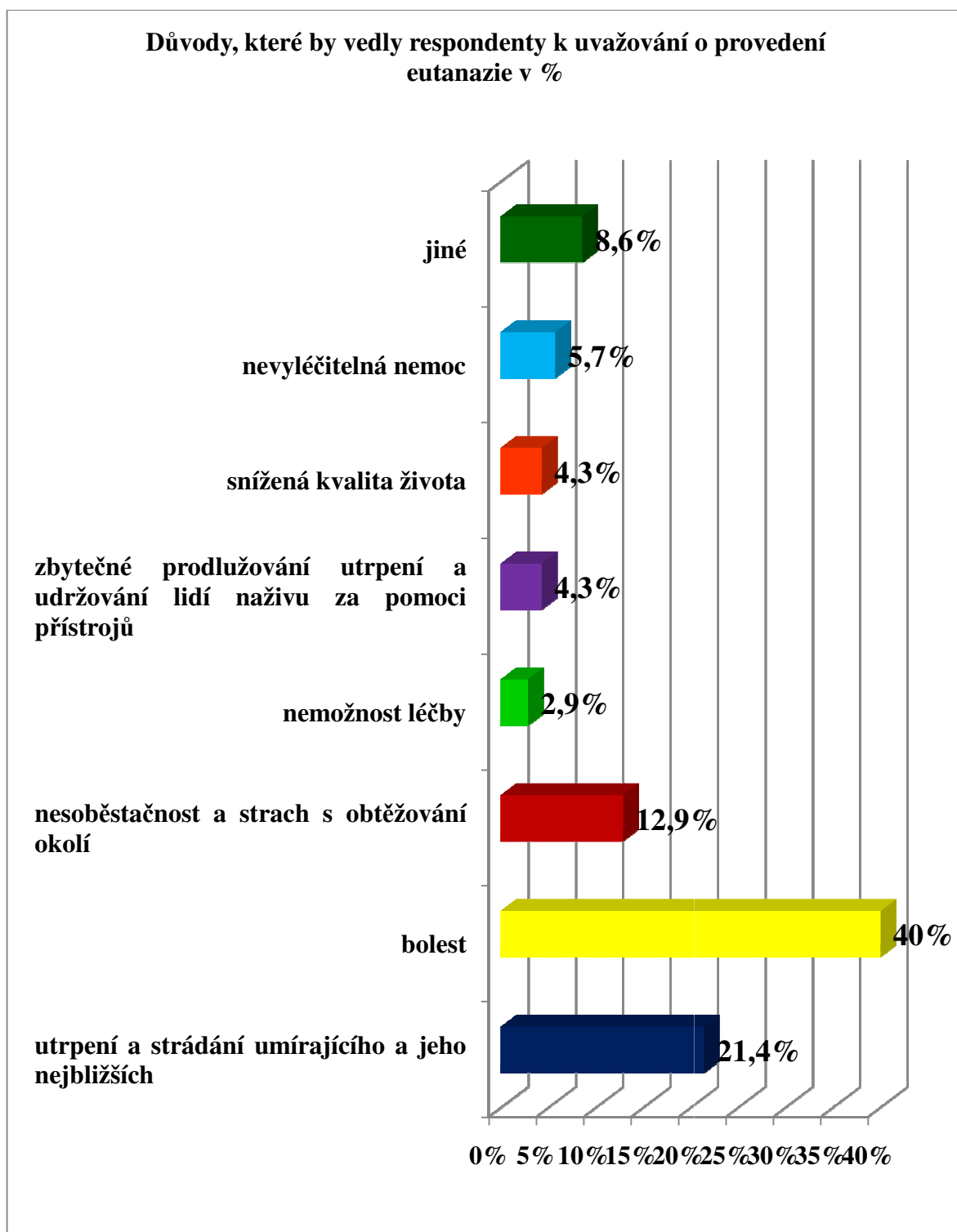
Tabulka č. 29: Důvody, které by vedly respondenty k uvažování o provedení eutanazie

 $\Sigma = 70$

Důvody, které by vedly respondenty k uvažování o provedení eutanazie	ni	fi (%)
utrpení a strádání umírajícího a jeho nejbližších	15	21, 4
bolest	28	40
nesoběstačnost a strach z obtěžování okolí	9	12, 9
nemožnost léčby	2	2, 9
zbytečné prodlužování utrpení a udržování lidí naživu za pomoci přístrojů	3	4, 3
snížená kvalita života	3	4, 3
nevyléčitelná nemoc	4	5, 7
Jiné	6	8, 6
Celkem	70	100

Nejčastějším uváděným důvodem byla bolest. Objevila se celkem 28x (40 %). Druhým nejčastějším důvodem bylo utrpení a strádání umírajícího nebo jeho nejbližších. Napsalo ho 15 respondentů (21, 4 %). 9x (12, 9 %) se objevila nesoběstačnost a strach z obtěžování okolí. Dalším důvodem, který by vedl respondenty k uvažování o provedení eutanazie, byla nemožnost léčby. Uvedli ji 2 respondenti (2, 9 %). Zbytečné prodlužování utrpení a udržování lidí naživu za pomoci přístrojů se objevilo celkem 3x (4, 3 %). Sníženou kvalitu života uvedli 3 respondenti (4, 3 %). Nevyléčitelnou nemoc napsali 4 respondenti (5, 7 %). Do odpovědi „jiné“ jsem zahrнула důvody, které byly specifické, a nebylo možné je přiřadit k žádnému z uvedených důvodů. Jsou to následující: „špatná lékařská péče, stejně tak absence ošetrovatelské péče“, „kdyby se zase dostal k moci bolševik“, „když bych nevnímal okolí a nebyla by možnost zlepšení“, „nedůstojné zacházení“, „Rychlá smrt. Rozhodně není mým přáním umírat na nějaké onemocnění, které má nějaké komplikace řadu let, i přes vysoký rozvoj medicíny, možnosti tlášení bolesti.“, „nádorové onemocnění v terminálním stádiu, dlouhodobé vigilní kóma“

Graf č. 25: Důvody, které by vedly respondenty k uvažování o provedení eutanazie v %



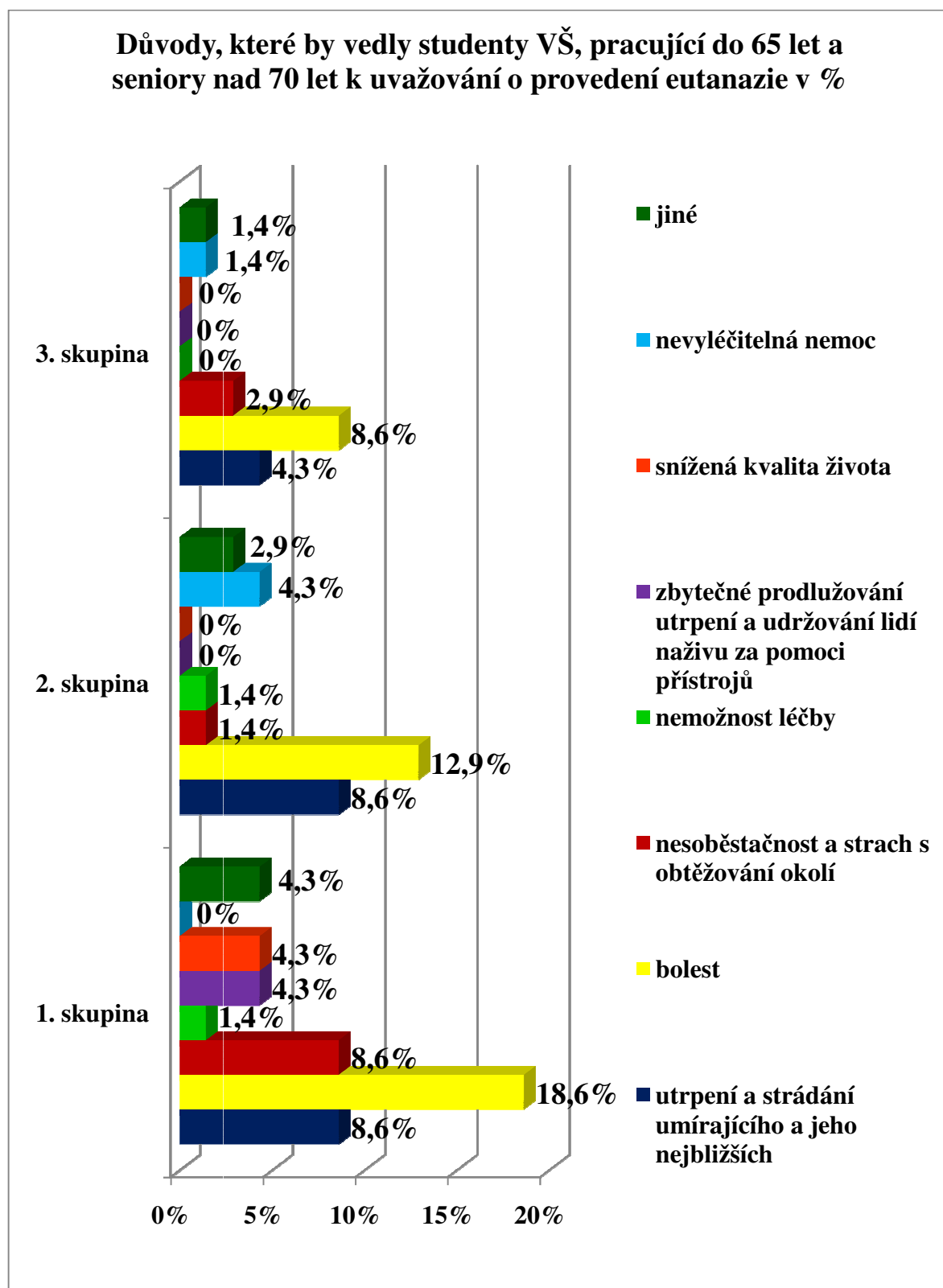
Tabulka č. 30: Důvody, které by vedly studenty VŠ, pracující do 65 let a seniory nad 70 let k uvažování o provedení eutanazie

$\Sigma = 70$

Prostředí, kde by studenti VŠ, pracující do 65 let a seniory nad 70 let chtěli strávit poslední dny života – nabídnuté možnosti	1. skupina		2. skupina		3. skupina		Celkem	
	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)	ni	fi (%)
utrpení a strádání umírajícího a jeho nejbližších	6	8,6	6	8,6	3	4,3	15	21,4
bolest	13	18,6	9	12,9	6	8,6	28	40
nesoběstačnost a strach z obtěžování okolí	6	8,6	1	1,4	2	2,9	9	12,9
nemožnost léčby	1	1,4	1	1,4	0	0	2	2,9
zbytečné prodlužování utrpení a udržování lidí naživu za pomoci přístrojů	3	4,3	0	0	0	0	3	4,3
snížená kvalita života	3	4,3	0	0	0	0	3	4,3
nevléčitelná nemoc	0	0	3	4,3	1	1,4	4	5,7
Jiné	3	4,3	2	2,9	1	1,4	6	8,6

Utrpení a strádání umírajícího nebo jeho nejbližších se objevilo u studentů VŠ 6x (8,6 %), u pracujících do 65 let také 6x (8,6 %) a u seniorů nad 70 let 3x (4,3 %). Bolest napsalo 13 studentů VŠ (18,6 %), 9 pracujících (12,9 %) a 6 seniorů (8,6 %). Nesoběstačnost a strach z obtěžování okolí uvedlo 6 studentů VŠ (8,6 %), 1 pracující (1,4 %) a 2 seniory (2,9 %). Nemožnost léčby se objevila u 1 studenta (1,4 %) a u 1 pracujícího (1,4 %). Zbytečné prodlužování utrpení a udržování lidí naživu za pomoci přístrojů uvedli 3 studenti (4,3 %). Stejně tomu je s důvodem „snížená kvalita života“. Nevyléčitelnou nemoc napsali 3 respondenti (4,3 %) z řad pracujících a 1 z řad seniorů (1,4 %). Jako odpověď „jiné“ jsem označila 3 vyjádření od studentů (4,3 %), 2 od pracujících (2,9 %) a 1 od seniorů (1,4 %).

Graf č. 26: Důvody, které by vedly studenty VŠ, pracující do 65 let a seniory nad 70 let k uvažování o provedení eutanazie v %



9. Diskuze

V průběhu mého výzkumu se objevilo hned několik úskalí. Distribuování dotazníku mezi seniory nad 70 let se ukázalo být problematické. Jedna praktická lékařka pro dospělé odmítla šíření dotazníku mezi její pacienty pro jeho nevhodnost. Starší lidé jsou k otázkám týkající se smrti citlivější a zranitelnější. Chápu tedy její stanovisko, přesto právě výzkum mezi seniory je velice podstatný, jelikož téma důstojného umírání a důstojné smrti se jich nejvíce týká. Dalším možným důvodem pro její odmítnutí mohl být fakt, že smrt je v naší společnosti tabu. Zkrátka ji paradoxně vytěšňujeme ze svého života. To dokazuje i jeden respondent z řad seniorů. Odpověděl na prvních pět otázek. Další přeškrtnal a na závěr napsal: „nesmysl odporující životní filozofii.“

Ukázalo se také problematické samotné vyplňování dotazníku. Hlavně tomu tak bylo u seniorů. Dva respondenti z jejich řad přehlédli celou stránku otázek a zanechali je bez odpovědi. Často se také stávalo, že na některé otázky respondenti neodpovídali. Buď je přehlédli, nebo nevěděli, jak odpovědět. Nejproblematictější byly polouzavřené a otevřené otázky. Na druhou stranu nastal i opačný problém. Někteří respondenti nedodrželi instrukce v úvodu dotazníku a zaškrtnali více odpovědí, než bylo možné. Musím uznat, že některé mé otázky neumožňovali zakroužkování více možností, přestože to bylo nabíledni.

Otázky bez odpovědí se nejvíce objevovali u seniorů. Nabízí se tak možnost, že u seniorů by pravděpodobně bylo lepší nepoužít dotazník, nýbrž řízený rozhovor. Podle mého názoru by ale měl svá úskalí. Domnívám se, že pro některé seniory by přímé odpovídání na intimní otázky týkající se smrti mohlo být velice obtížné. Musela bych získat jejich důvěru, abych mohla s nimi řízený rozhovor uskutečnit. Řízený rozhovor by byl vhodný spíše u pacientů/klientů nějakého zdravotnického či sociálního zařízení. Mým záměrem ale bylo zjišťovat názory široké veřejnosti. Navázání důvěrného vztahu s neznámým člověkem by mohlo činit obtíže. Kdybych v budoucnosti dělala podobný výzkum, lépe bych si rozmyslela zvolenou metodiku.

Mým hlavním záměrem bylo zjistit, jaké jsou rozdíly v názorech na vybrané otázky zabývající se důstojným odchodem ze života mezi studenty vysokých škol do 26 let, dospělými lidmi v pracovním poměru do 65 let a seniory nad 70 let. Rozdíly v názorech týkající se důstojného odchodu ze života mezi 3 zvolenými skupiny jsem zjistila pomocí dotazníkového šetření. Výsledky naleznete v kap. 8 Výsledky a jejich interpretace. Blíže si je rozebereme v následujícím textu.

Prvním dílčím cílem mého výzkumu bylo zjistit, zda mají respondenti obavy ze smrti. Obavy respondentů z umírání a ze smrti se mi podařilo zjistit, jak jejich odpověďmi na cílenou otázku v dotazníku (otázka č. 4), tak jejich distancováním se od některých otázek a případně jejich vlastními názory na jednotlivé otázky či celý dotazník. Domnívám se, že vyhnutí se některým otázkám může vyjadřovat strach ze smrti, nebo lépe řečeno její vytěšňování z života jednotlivých respondentů.

Strach ze smrti mají nejméně studenti vysokých škol do 26 let. Na otázku, zdali se bojí smrti, jich z 36 dotazovaných odpovědělo záporně 18. Pracujících do 65 let se bojí smrti 24 ze 40. Největší počet lidí, kteří mají strach z odchodu ze života, je z řad seniorů. Obavy z ní má až 19 seniorů z 31 dotazovaných. Dokládá to, že s přibývajícím věkem si člověk více uvědomuje svoji konečnost a smrt se stává bližší. Pro mladé lidi je smrt něco vzdáleného, téměř nemyslitelného.

Postoje k smrti nejsou ovlivněny jen věkem, ale i náboženstvím. Až 21 lidí, kteří se hlásí ke křesťanství (44 dotazovaných), udalo, že se bojí smrti. Lidé bez vyznání mají strach ze smrti jenom o něco více (38 z 61). Nečekala jsem, že se smrti bude bát tolik věřících. Sice jich je méně než lidí bez vyznání, přesto jich je ale poměrně dost. Tento poznatek mě tedy vyvedl z omylu. I když je člověk věřící, může umírat obtížněji než člověk bez vyznání.

Mým druhým dílčím cílem bylo zjistit, jakou formu odchodu ze života respondenti považují za důstojnou a jakou formu by upřednostnili v případě nevyléčitelné choroby. Přirozená smrt ve stáří se stala nejvíce preferovanou odpovědí na otázku: „Jak si představujete důstojný odchod ze života?“ u všech skupin respondentů. Nejčastější byla u pracujících do 65 let, kde jí prvenství zajistilo 79 % veškerých odpovědí zařazených na první místo. U seniorů nad 70 let získala tato odpověď na prvním místě 74 %. Nejméně procent (52 %) ji vynesli odpovědi studentů VŠ. Rychlá smrt v jakémkoliv věku získala 18 % odpovědí studentů VŠ, 8 % odpovědí pracujících do 65 let a 16 % odpovědí seniorů nad 70 let. Třetí nejčastější odpovědí se stala eutanazie při obtížném umírání. Nejvíce ji zaškrtovali studenti VŠ (14 %), pak pracující (10 %), nejméně senioři (6%). Poměrně častou odpovědí u studentů bylo sebeobětování (15 %). U pracujících a ani u seniorů se tato odpověď neobjevila. Tyto výsledky mě tolik nepřekvapily. Je zřejmé, že věk respondentů zde hraje důležitou roli. Mladí lidé, kteří jsou plní ideálů, a smrt je pro ně vzdálená, se poměrně často přiklání k sebeobětování a eutanazii. Za to u pracujících

i seniorů podstatnou většinu odpovědí tvoří přirozená smrt ve stáří. Ze všech skupin považují eutanazii za důstojnou nejméně senioři. Je ale nutno podotknout, že 11 % všech respondentů, což není úplně málo, považuje eutanazii za důstojnou smrt. Pár respondentů při definování eutanazie ji dávalo do spojitosti právě s důstojnou smrtí. Dokazuje to, že někteří lidé mají podle mého názoru mylné představy o eutanazii. Eutanazii totiž nelze považovat za smrt důstojnou. Odkazuji na Munzarovou, která dle Pellegrina ustanovila 10 důvodů, proč nesouhlasit s eutanazií (viz kap. 5. 2 Eutanazie a etika). S těmito důvody se ztotožňuji. Přesto je chápání eutanazie jako důstojné smrti tématem diskuze.

Nejčastější odpovědí na otázku ptající se respondentů, jak by si přáli zemřít, když by věděli, že jsou nevyléčitelně nemocní, bylo přirozenou smrtí. Nejčastější byla u studentů VŠ, kde ji zaškrtnulo 29 z 36 dotazovaných a u seniorů (24 z 31), nejméně u pracujících (23 ze 40). V případě nevyléčitelné choroby by o eutanazii nejvíce uvažovali pracující do 65 let (14 ze 40), studentů VŠ 5 z 36 a seniorů přibližně stejně (5 z 31). Sebevraždu by si zvolil jeden senior.

Je zajímavé, že se k eutanazii přiklání více pracujících než studentů VŠ. Čekala bych to spíše naopak, zvláště v souvislosti s tím, že se eutanazie coby důstojná smrt objevila u studentů VŠ častěji než u pracujících. Další zajímavostí je, že v případě nevyléčitelné choroby by si přálo ukončit život eutanazií 22, 4 % respondentů. Když jsem se zeptala konkrétně, zdali by dotyčný uvažoval o eutanazii v případě nevyléčitelné choroby, odpovědělo kladně na tento dotaz 57 %, což je téměř o 2/3 více. Z toho vyplývá, že by přibližně 1/3 (22, 4 %) z uvedených 57 % respondentů dala přednost přirozené smrti před eutanazií. O eutanazii by na prvním místě tedy uvažovala jen přibližně čtvrtina respondentů.

Třetím dílčím cílem mého výzkumu bylo zjistit přání respondentů být před smrtí smířeni s Bohem. Před smrtí by chtělo být smířeno s Bohem 22 z 36 dotazovaných studentů VŠ a přibližně stejně seniorů (19 z 31). Z řad pracujících toto přání vyjádřila jen čtvrtina (10 ze 40). Na druhou stranu přání nebýt před smrtí smířeni s Bohem se nejčastěji objevilo u seniorů nad 70 let (7 z 31). U pracujících tomu bylo podobně (8 ze 40). Striktní ne nalezne u 2 studentů VŠ z 36 dotazovaných. Nezájem o smíření s Bohem se nejvíce nachází u pracujících (15 ze 40). Čtvrtina studentů (9 z 36) uvedla vlastní důležité úkony před smrtí. 7 pracujících ze 40 rovněž tak. Nejčastějším úkonem bylo smíření se s rodinou a se svými blízkými. U seniorů se takovéto přání neobjevilo ani u jednoho. Přijde mi to

trochu zvláštní. Zřejmě je to způsobeno tím, že moji respondenti z řad seniorů žijí osamoceni či neudrží se svojí rodinou styky. Přesto si myslím, že právě senioři, kteří mají velkou část života za sebou a během něho mohli vstoupit do řady sporů se svými blízkými, by měli mít přání vše před smrtí urovnat. Pravděpodobně se mýlím.

Odpovědi na tuto otázku jsou nesporně ovlivněny vyznáním respondentů. Všimněme si následujících zajímavostí. Téměř čtvrtina ateistů (14 z 61) by chtěla být smířena s Bohem. Dokazuje to, že dost lidí věří ve „světořáda“, jak Boha označil jeden respondent, přestože se nehlásí k nějakému náboženství. Můžeme z toho vyvodit, že uspokojování spirituálních potřeb obzvláště v období umírání se zdaleka netýká jen věřících lidí. Mnoho lidí se tváří tvář smrti hledá smysl života a snaží se upnout k nějaké jistotě. V okamžiku, kdy už lidem s nevyléčitelnou chorobou nemůže pomoci medicína, dostává se do centra pozornosti Bůh. Proto je důležité, aby v sociálních a zdravotnických zařízeních byl pastorační asistent nebo kněz. V zařízení, kde lidé často umírají, by to mělo být samozřejmostí. Samozřejmě všichni umírající nemají zájem o jejich služby, přesto by zde tato možnost měla být. Je poněkud překvapivé, že 6 věřících nepovažuje za podstatné být v době umírání smířeno s Bohem. Myslím si, že se sice přihlásili ke křesťanství, ale nejsou praktikující křesťané. Může se také jednat o příslušníky nějakých protestantských církví.

Čtvrtým dílčím cílem mého výzkumu bylo zjistit, jaké mají respondenti povědomí o pojmech jako je eutanazie a paliativní péče. Bylo těžké posuzovat, jestli uváděné definice jsou správné nebo nikoliv. Při hodnocení jsem vycházela z definic uvedených v teoretické části práce. Jelikož většina respondentů byla z laické veřejnosti, hodnotila jsem jejich odpovědi mírně. Přesto jich bylo poměrně hodně špatně nebo se ke správnosti přiblížily jen částečně. Někteří se definování těchto pojmů vyhnuli. Při studiu některých bakalářských prací jsem zjistila, že jedna autorka nabídla respondentům odpovědi, ve kterých sama definovala pojem paliativní péče. Tento způsob je pro následovné zpracování dotazníků jednodušší, ale na druhou stranu nabídnuté možnosti mohou být zavádějící.

Paliativní péči správně definovalo 16 z 36 studentů VŠ a eutanazii 13 z 36 studentů VŠ. Jen 3 ze 40 pracujících správně definovali paliativní péči a eutanazii jen 15 ze 40. Paliativní péči definovalo správně 6 z 31 seniorů, eutanazii jich definovalo správně 8 z 31. Když bychom vzali v úvahu i částečně správné definice a odpovědi, kdy respondenti uvádějí, že vědí, co je paliativní péče a eutanazie, aniž by napsali, co si pod těmito pojmy

představují, byly by výsledky uspokojivější. Nějakou představu o paliativní péči by mělo 22 z 36 studentů VŠ, 9 ze 40 pracujících a 9 z 31 seniorů. Co je eutanazie, by vědělo 33 z 36 studentů, 35 ze 40 pracujících a 24 z 31 seniorů.

Celkově nejvýstižněji definovali pojmy paliativní péče a eutanazie studenti. Částečně je to způsobou tím, že mezi respondenty z řad studentů byly i moje spolužačky z oboru všeobecná sestra. Kdyby i ony definovaly paliativní péči i eutanazii špatně, tak by to bylo opravdu ostudné. Eutanazii respondenti definovali o něco lépe, přesto podle mého názoru nedostatečně. Eutanazii, která je poměrně často skloňovaná, by lidé měli umět správně definovat, aby si na ni mohli udělat objektivní názor. Velice překvapující je, že pouze 3 ze 40 pracujících definovali paliativní péči správně. Pravděpodobně je to způsobeno tím, že se doposud s paliativní péčí nesetkali.

Pátým dílčím cílem bylo zjistit, kde by sledovaní respondenti chtěli umírat a zdali toto prostředí považují za vhodné pro důstojné umírání. Za nejvhodnější prostředí pro důstojné umírání považuje většina dotazovaných domov. Nejčastěji se objevil u studentů VŠ (30 z 36), pak u seniorů nad 70 let (23 z 31), o něco méně u pracujících do 65 let (29 a 40) Druhou nejčastější odpovědí se stala nemocnice. Zvolilo ji 5 z 31 seniorů, 4 ze 40 pracujících a 3 z 36 studentů VŠ. Za důstojné prostředí považuje hospic stejný počet studentů VŠ (1 z 36) a seniorů (1 z 31). S přírodou je tomu stejně. Pro hospic se vyjádřili 3 ze 40 pracujících a pro přírodu rovněž tak. Domov důchodců nikdo neoznačil.

Výsledky nejsou tolik překvapivé. Dalo se předpokládat, že nejčastější odpovědí bude domov, zejména u studentů VŠ. Nemocnice se dostává do popředí u seniorů a pracujících. Zvláštní je, že respondenti považují nemocnici za důstojnější prostředí než hospic.

Trochu podobně to bylo s odpověďmi na otázku, kde by dotazovaní respondenti chtěli strávit poslední dny života. Většina lidí by se přála umírat doma se svými blízkými (68, 2 %). Na druhém místě se objevila nemocnice s 11, 2 %. 9, 3 % respondentů by chtělo strávit poslední dny svého života doma o samotě. Přírodu jako vhodné prostředí pro umírání by si zvolilo 5, 6 % dotazovaných. V hospici by umíralo 4, 7 % respondentů. Domov důchodců by si zvolil jeden respondent (0, 9 %). V léčebně dlouhodobě nemocných by nikdo nechtěl umírat.

Moje výsledky korespondují s výsledky výzkumu, který provádělo občanské sdružení Cesta domů, a s výsledky výzkumu Svatavy Cvanové (viz kap. 3. 6 Důstojné umírání a důstojná smrt). Cvanová se podobně jako já ptala respondentů na prostředí, kde

by chtěly strávit poslední dny života. 60 % se jich vyjádřilo pro domov. V hospici by chtělo umírat 11 % dotazovaných. V nemocnici by poslední dny života trávilo 10 % respondentů. Pro domov důchodců se vyjádřilo 7 % respondentů. Dále respondenti uváděli i jiná prostředí. Objevovale se tam i příroda. Výsledky z jejího výzkumu se téměř shodují s můmi. Rozdíl je v označení domova důchodců. V mém výzkumu jej zakroužkoval jen jeden respondent, v jejím výzkumu 9 respondentů.

Ted' se zaměříme na rozdíly v odpovědích mezi studenty VŠ, pracujícími do 65 let a seniory nad 70 let. Doma v rodinném kruhu by chtělo umírat 30 z 36 studentů VŠ, 24 ze 40 pracujících a 19 z 31 seniorů. Druhou nejčastější odpovědí byla nemocnice. V ní by chtělo umírat 6 z 31 seniorů, což není úplně zanedbatelné množství. Zvolilo by si ji 4 ze 40 pracujících a 2 z 36 studentů. Umírat doma o samotě by chtěli ze všech skupin nejvíce pracující (7 ze 40), studentů jenom 1 z 36 a seniorů 2 z 31. Domov důchodců by si vybral jeden respondent z řad pracujících. Hospic se objevil jen u pracujících (3 ze 40) a seniorů (2 z 31). Příroda se stala doménou studentů (3 z 36) a seniorů (2 z 31). Uchýlil by se k ní jen jeden pracující.

Je zcela logické, že by si podstatná většina studentů přála umírat doma obklopena svými blízkými. Mnoho z nich se pravděpodobně ještě neosamostatnilo a žije stále doma s rodiči, a proto je pro ně rodina nesmírně důležitá. Jejich druhou nejčastější odpovědí byla příroda, což není překvapující. Kromě nemocnice se u nich neobjevilo žádné zařízení zdravotně – sociální péče. Pravděpodobně v nich tato zařízení budí nedůvěru. Za to někteří pracující a senioři by si je vybrali. Všimněme si zajímavého rozdílu mezi odpověďmi pracujících a seniorů. V nemocnici by umíralo 6 z 31 seniorů, pracujících jen 4 ze 40. Umírat doma o samotě by chtělo 7 ze 40 pracujících a 2 z 36 seniorů. Pro lidi v produktivním věku není samota pravděpodobně tak tíživá jako pro starší lidi. Jistou roli asi také hraje důvěra a pocit jistoty a bezpečí na straně seniorů a pocit nezávislosti na straně střední generace. Senior si je vědom svých zhoršujících se schopností a pobyt v nějakém zařízení by mu dával pocit jistoty a bezpečí. Moji respondenti z řad seniorů vkládají důvěru do nemocnice a hospice. Lidé střední generace nemají stejné pocity jako senioři, proto dávají přednost umírání doma o samotě.

Šestým dílčím cílem mého výzkumu bylo zjistit názory sledovaných na eutanazii. S legalizací eutanazie souhlasí 16 z 36 oslovených studentů VŠ. Pracujících s ní souhlasí 31 ze 40. Pro legalizaci eutanazie se vyslovilo 16 z 31 seniorů. Výsledky jsou částečně ovlivněny, protože mezi studenty a seniory bylo více křesťanů než mezi pracujícími.

Z toho lze těžko usoudit, do jaké míry ovlivnil názor na legalizaci eutanazie věk a do jaké míry náboženství. Čekala bych, že se pro eutanazii vysloví nejvíce studenti VŠ. Seniorů bych čekala méně. Přesto je zřejmé, že se senioři staví k legalizaci eutanazie obezřetněji než pracující. Kromě vlivu náboženství zde jistě nějakou roli hraje strach: „vše mě děsí“, jak uvedla jedna respondentka. Legalizace eutanazie přináší s sebou jistá rizika a jedním z nich je její zneužívání. Právě senioři by se mohli stát rizikovou skupinou.

Obdobně dopadly výsledky k otázce č. 13: „Uvažoval/a byste o eutanazii, když byste věděl/a, že jste nevyléčitelně nemocný/á?“. Nejvíce by o ní uvažovali respondenti z řad pracujících. Na tuto otázku jich kladně odpovědělo 25 ze 40. Dále nastala změna. Druhé místo obsadili studenti vysokých škol s 20 z 36 dotazovaných studentů VŠ. O eutanazii by uvažovalo 16 z 31 seniorů. Přijde mi divné, že výsledky z této otázky nekopírují výsledky dotazu na legalizaci eutanazie. Mezi výsledky těchto otázek jsou patrné odlišnosti. V případě pracujících by o vlastní eutanazii uvažovalo méně respondentů než těch, kteří by souhlasili s její legalizací. Kupodivu o vlastní eutanazii by uvažovalo více studentů vysokých škol než těch, kteří jsou proti legalizaci eutanazie. U seniorů dopadly výsledky z obou otázek stejně. Chápu, že pro vlastní eutanazii se vyslovilo méně pracujících, ale paradox, který vznikl u studentů, si neumím moc dobře vysvětlit. Pravděpodobně si uvědomují nebezpečí legalizace eutanazie, ale při představě obtížného umírání upřímně uváděli, že by o eutanazii byli schopni uvažovat.

Nejčastějším důvodem, který by vedl respondenty k přání provést eutanazii, byla bolest. Objevila se celkem 28x. Nejvíce u studentů VŠ (13x), dále 9x u pracujících a 6x u seniorů. Dalším častým důvodem bylo utrpení a strádání umírajícího a jeho blízkých. Uvedlo ho 6 studentů VŠ, 6 pracujících a 3 senioři. Třetím nejčastějším důvodem byla nesoběstačnost a strach z obtěžování okolí. Napsalo ho 6 studentů, 1 pracující a 2 senioři. Čekala bych, že nesoběstačnost se objeví spíše u seniorů než u studentů.

Názory na eutanazii jsem zjišťovala pouze z hlediska věku a náboženského vyznání. Svou úlohu zde ale hraje celá řada faktorů jako postoje k životu, zkušenosti s doprovázením a ošetřováním umírajících, strach z bolestivého umírání, utrpení, nesoběstačnosti atd.

10. Navrhovaná opatření

Z výsledků mého průzkumného šetření vyplývá, že situace v oblasti důstojného umírání a důstojné smrti je „politováníhodná“. Oslovení respondenti se vyslovují pro legalizaci eutanazie, aniž by ji uměli správně definovat. O paliativní péči a tedy i o hospicové péči mají malé povědomí. Z výsledků mého šetření lze vyvodit, že s eutanazií souhlasí zpravidla pro velké bolesti, ztrátu soběstačnosti a obavy z vlastního utrpení a utrpení svých blízkých. Většina lidí považuje domov za vhodné prostředí pro důstojné umírání a chtěla by zde trávit poslední dny života, přesto lidé převážně umírají v nějaké instituci (instituciální model umírání). Téměř polovina mých respondentů by chtěla být před smrtí smířena s Bohem. Myslím si, že správně uvažuji, když předpokládám, že spirituální potřeby pacientů/klientů a hlavně umírajících nejsou ve většině zdravotnických a sociálních zařízeních dostatečně uspokojovány. Dovoluji si tedy navrhnout následující opatření, které sice nezmění současný špatný stav, ale mohou posloužit k zamýšlení každému, kdo bude číst moji bakalářskou práci:

1) Navrhuji, aby se kladl **větší důraz na spirituální dimenzi člověka**, než tomu je tak doposud. Všeobecné sestry by měly cíleně vyhledávat spirituální potřeby umírajícího. Pokud si bude umírající přát návštěvu duchovního, zajistí mu ji. Z toho důvodu by měl ve všech zdravotnických a sociálních zařízeních, zvláště v těch, kde lidé často umírají, být k dispozici kněz nebo alespoň pastorační asistent. Myslím si, že tomu tak všude není. Během své praxe jsem se v nemocnici setkala jen s jedním knězem a na pár odděleních jsem si všimla oznámení na nástěnce, že je zde možno kontaktovat duchovního. Bylo by vhodné, kdyby byly duchovní služby všude dostupné. Mimo to by se všeobecná sestra měla snažit splnit poslední přání umírajícího. Nejen ty vyslovená. Řada mých respondentů by si přála být před smrtí smířena se svou rodinou. Kolikrát může stát splnění tohoto přání na zásahu sestry, která ho z chování umírajícího vytuší.

2) Stát by měl více **podporovat paliativní péči**. Zejména by měl přispět k rozvoji domácí hospicové péče. Většina financí se stále vynakládá hlavně na léčbu a staří a umírající lidé jsou opomíjeni. Navrhovala bych tedy, aby stát finančně podporoval výstavbu hospiců, pomocí zákonů umožnil přetvoření lůžek dlouhodobě nemocných v oddělení paliativní péče a uzákonil, aby domácí hospicová péče byla plně hrazena ze zdravotního pojištění. Zdravotníci, kteří pečují o umírající, by se měli vzdělávat v paliativní péči. Vzdělávat by se mohli formou specializačního magisterského studia nebo formou akreditovaného kurzu.

Stát by pak měl uzákonit, aby v zařízeních, kde se provádí paliativní péče, mohli pracovat jen pracovníci s patřičným vzděláním v paliativní péči.

3) Laická veřejnost by měla mít **větší povědomí o pojmech paliativní péče a eutanazie** např. ze školy, z rodiny a z médií. Pro vytvoření objektivního názoru na eutanazii je potřeba se s danou problematikou pečlivě seznámit a nenechat se ovlivňovat zkreslenými informacemi z masmédií. Nutná je zejména diskuze. Navrhuji, aby se uskutečnila veřejná diskuze na téma eutanazie a paliativní péče. Diskutovali by zde odborníci na danou problematiku, ale i laická veřejnost. Vhodné by bylo tuto diskuzi sledovat ve sdělovacích prostředcích. Dále navrhuji, aby byl problematice umírání a smrti věnován prostor ve výuce na všech středních školách.

11. Závěr

Ke splnění cílů jsem provedla dotazníkové šetření mezi studenty vysokých škol do 26 let, pracujícími do 65 let a seniory nad 70 let. Zjišťovala jsem obavy respondentů ze smrti, jejich názory na eutanazii, představy o důstojném odchodu ze života a jaké prostředí považují za vhodné pro důstojné umírání, přání, kde by chtěli strávit poslední dny života a zdali by chtěli být smířeni s Bohem, jakou smrt by si zvolili v případě nevyléčitelné choroby a jaké mají znalosti o pojmech eutanazie a paliativní péče. Většina dotazovaných (57 %), především z řad seniorů (19 z 31), má obavy ze smrti. S přibývajícím věkem si lidé více uvědomují svoji konečnost a smrt se stává blízkou. Před smrtí by chtěla být s Bohem smířena téměř polovina respondentů (47, 7 %). Tento výsledek mě vedl k doporučení, aby se při péči o umírající kladl větší důraz na jejich spirituální potřeby. Za důstojnou smrt považuje většina dotazovaných přirozenou smrt ve stáří. Stala se nejpreferovanější odpovědí s 66 % všech odpovědí. Nejvíce preferovanou odpovědí byla u pracujících do 65 let (79 %). Nejméně u studentů (57 %), kteří na rozdíl od pracujících dávali větší přednost rychlé smrti v každém věku, při obtížném umírání eutanazii a sebeobětování. V případě nevyléčitelné choroby by chtělo zemřít přirozenou smrtí 71 % dotazovaných. K eutanazii by se přiklonilo 22, 4 %. Když jsem se zeptala konkrétně, zda by dotazovaný uvažoval o eutanazii v případě nevyléčitelné choroby, uvažovalo by o ní 57 % respondentů. Z toho vyvozují, že z těchto 57 % by přibližně dvě třetiny daly přednost přirozené smrti před provedením eutanazie. S legalizací eutanazie souhlasí nejvíce pracující (31 ze 40). Seniorů i studentů VŠ přibližně o polovinu méně. Možná je to způsobeno tím, že mezi nimi bylo více křesťanů než mezi pracujícími. Nebo zde také sehrál svou roli strach ze zneužití eutanazie v případě její legalizace. Nejčastějším důvodem k přání provést eutanazii byla bolest, utrpení a nesoběstačnost. Tyto důvody vyjadřují strach z umírání, kdy nebudou uspokojeny všechny potřeby. Většina respondentů považuje domácí prostředí za vhodné pro důstojné umírání člověka (76, 6 %) a také by zde chtěla zemřít (77, 5 %). Domácí prostředí nejvíce volili studenti VŠ. Myslím si, že je to způsobeno tím, že řada z nich žije ještě neosamotněna, tudíž rodina má pro ně velký význam. Jelikož většina lidí umírá v nějakém zdravotnickém či sociálním zařízení, přitom si přejí umírat spíše doma, navrhuji, aby stát finančně podporoval domácí hospicovou péči a uzákonil její plné hrazení zdravotními pojišťovnami. Paliativní péči a eutanazii nejlépe definovali studenti vysokých škol. Celkově definování těchto pojmů nedopadlo nejlépe. Zcela správně definovalo paliativní péči 23, 4 % respondentů a eutanazii 33, 6 % respondentů. Někaké povědomí

o paliativní péči mělo 37, 1 % respondentů a o eutanazii 85 % respondentů. Přesto si myslím, že by mělo více lidí vědět, co je paliativní péče a zejména eutanazie, která je tolik citovaná. Navrhla jsem, aby proběhla na téma eutanazie a paliativní péče veřejná diskuze a aby byl této problematice věnován prostor v učebních osnovách středních škol.

Seznam použitých zdrojů

Seznam použité literatury

1. BÁRTOVÁ, Jarmila. *Patologie pro bakaláře*. 4. vydání. Praha: Karolinum, 2004. 170 s. ISBN 80-246-0794-8.
2. BAŠTECKÁ, Bohumila, et al. *Klinická psychologie v praxi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. 416 s. ISBN 80-7178-735-3.
3. BROVINSOVÁ, Joan M.; OEHMKE, Thomas. *Vražda nebo milosrdenství? : Dr. Smrt*. 1. vydání. Praha: Brána, 1996. 184 s. ISBN 80-85946-45-9.
4. COOGAN, Michael D. *Historie náboženství: Obrazový průvodce*. 1. vydání. Praha: Euromedia Group, Knižní klub a Balios, 1999. 288 s. ISBN 80-242-0011-2.
5. CVANOVÁ, Svatava. *Průzkum názorů na konečné dny života* [online]. Brno, 2008. 85 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetřovatelství. Dostupné z WWW: <http://is.muni.cz/th/142423/lf_b/Bakalarska_prace_2008.pdf>.
6. DUNSTAN, G. R., LACHMANN, P. J.: Euthanasia: death, dying and the medical duty, London: Royal Society of Medicine. *British medical bulletin*, 1999, vol. 52, 227 p., ISBN 1-85315-278-1.
7. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 1. vydání. Praha: Galén, 1994. 232 s. ISBN 80-85824-03-5.
8. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie : Nauka o umírání a smrti*. 2. vydání. Praha: Galén, 2007. 244 s. ISBN 978-80-7262-471-3.
9. HOSKOVCOVÁ, Simona. *Psychosociální intervence*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2009. 184 s. ISBN 987-80-246-1626-1.
10. JEHO SVATOST DALAJLAMA. *Rady jak umírat a žít lepší život*. 1. vydání. Praha: Argo, 2006. 181 s. ISBN 80-7203-707-2.
11. KŘIVOHLAVÝ, Jaro; KACZMARCZYK, Stanislav. *Poslední úsek cesty*. 1. vydání. Praha: Návrat domů, 1995. 93 s. ISBN 80-85495-43-0.
12. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
13. KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *O smrti a životě po ní*. 1. vydání. Praha: Aquamarine, 1997. 101 s. ISBN 80-901922-9-7.

14. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 164 s. ISBN 978-80-247-2069-2.
15. MARKOVÁ, Monika. *Sestra a pacient v paliativní péči*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3171-1.
16. MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
17. MUNZAROVÁ, Marta. *Proč NE eutanazii aneb, Byt či nebýt?*. 1. vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008. 87 s. ISBN 978-80-7195-258-9.
18. MUNZAROVÁ, Marta. *Zdravotnická etika od A do Z*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 156 s. ISBN 80-247-1024-2.
19. O'CONNOR, Margaret; ARANDA, Sanchia. *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2005. 324 s. ISBN 80-247-1295-4.
20. POLLARD, Brian. *Eutanazie - ano či ne?*. 1. vydání. Praha: Dita, 1996. 210 s. ISBN 80-85926-07-5.
21. ROTTER, Hans. *Důstojnost lidského života: Základní otázky lékařské etiky*. 1. vydání. Praha: Vyšehrad, 1999. 112 s. ISBN 80-7021-302-7.
22. SANDMAN, Lars. *Good death: On the Value of Death and Dying* [online]. First published . Berkshire : GBR: McGraw-Hill Education, 2005 [cit. 2011-03-05]. Dostupné z WWW:<<http://site.ebrary.com/lib/etfcuni/Doc?id=10175284&ppg=5>>.ISBN 0335214118(pb)0335214126(hb).
23. STUDENT, Johann-Christoph; MÜHLUM, Albert; STUDENT, Ute. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. 1. vydání. Jinočany: H & H Vyšehradská, 2006. 161 s. ISBN 80-7319-059-1.
24. SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 5. vydání. Praha: Ecce homo, 2003. 150 s. ISBN 80-902049-4-5.
25. TODOROV, Tzvetan. *V mezní situaci*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 2000. 328 s. ISBN 80-204-0853-3
26. *Umírání a paliativní péče v ČR*. Praha: Cesta domů, 2004, Dostupné z WWW: <http://www.umirani.cz/vyzkum-umirani-v-cr.html>
27. VIRT, Günter. *Žít až do konce: Etika umírání, smrti a eutanazie*. 1. vydání. Praha: Vyšehrad, 2000. 96 s. ISBN 80-7021-330-2.
28. VORLÍČEK, Jiří, et al. *Paliativní medicína*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2004. 540 s. ISBN 80-247-0279-7.
29. *Zemřelí 2009*. Praha: ÚZIS, 2009, Dostupné z www: <http://www.uzis.cz/publikace/zemreli-2009> ISBN: 978-80-7280-902-8.

Seznam použitých internetových zdrojů

1. *Www.hospice.cz* [online]. 2010-06-18 [cit. 2011-03-29]. Slovník pojmů. Dostupné z WWW: <www.hospice.cz/slovník-pojmu/>.
2. *Www.umirani.cz* [online]. ? [cit. 2011-03-29]. Definice paliativní péče. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html>>.
3. *Www.umirani.cz* [online]. ? [cit. 2011-03-29]. Co je hospic. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/co-je-hospic.html>>.
4. *Www.umirani.cz* [online]. ? [cit. 2011-03-30]. Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.“. Dostupné z WWW: <<http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajicich.html>>.

Seznam použitých legislativních dokumentů

1. *Listina základních práv a svobod č. 23/1991 Sb.* Dostupné z WWW: <http://portal.gov.cz>.
2. *Úmluva o lidských právech a biomedicíně Rady Evropy č. 96/2001 Sb. m.s.* Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2002.

Seznam dalších dokumentů

1. Alwa: *Etické normy v ošetrovatelském povolání*. Sestra II, 1992, 3, s. 17 – 18.
2. *Etický kodex České lékařské komory*. Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory. Novela. Čas. Čes. lék. komory, 5, 1996, č. 3, s. 14 – 15.
3. WAGNEROVÁ, R. *Kodex sester*. Návrh České asociace sester ze dne 20. 3. 1991. nepubl.

Seznam příloh

Příloha č. 1

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících“

Příloha č. 2

Sociokulturní faktory ovlivňující umírání

Příloha č. 3

Dotazník používaný při výzkumu

Příloha č. 1

Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.“

(„Charta práv umírajících“)

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevyléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.
7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevyléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

- Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti.
- Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby.
- Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů, nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného.
- Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči.
- Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích.
- Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží.
- Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli.
- Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevyléčitelně nemocných nebo umírajících.
- Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti.

8. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:

- Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.).
- Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli.
- Umírání o samotě a v zanedbání.
- Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží.
- Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů.
- Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících.

9. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech.
- aby byl všem nevyléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči.
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevyléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče.
- aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevyléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně.
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevyléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta.
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevyléčitelně nemocné nebo umírající.
- aby zajistily, že nevyléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tyto léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince.
- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevyléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy.
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii.
- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti.
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny.

b) tím, že budou chránit právo nevyléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován.
- aby měla každá nevyléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího.
- aby bylo zajištěno, že žádná nevyléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem.
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle (*living will*), v „pořízení“ nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů (*advance directives*), ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení.
- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností.
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen

katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány.

c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevyléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevyléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“.
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby.
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt.

Text tohoto Doporučení byl přijat Parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na svém 24. zasedání převážnou většinou hlasů, kdy 6 hlasů bylo proti.

Z anglického originálu přeložil MUDr. Zdeněk Bystřický. ¹

¹ Dostupné z WWW: <http://www.umirani.cz/charta-prav-umirajicich.html>

Příloha č. 2

Dříve	Nyní
úmrtí častější a časnější	prodlužuje se střední délka života i průměrný věk
naděje dožití u ženy 1830: 34let 1930: 58 let 1900: 42 let	 1976: 74 let 2006: 79,5 roku
Smrt - přirozená součást člověka	Smrt - zdravotnický problém, diagnóza
podpora komunity – sousedé, obec, farnost	často se neznají ani lidé v jedné ulici, v jednom panelovém domě
náboženství součástí života rodiny	sekularizace
smysl má život jako celek	smysl má užívání si
setkávání se smrtí reálné	setkávání se smrtí virtuální
rodiny větší, pospolité	rodiny menší, atomizované
ženy většinou v domácnosti	ženy většinou zaměstnané
umírání doprovázeno větší fyzickou bolestí	pokrok paliativní medicíny - většinu symptomů umíme léčit
umírající většinou nebyl osamocen	osamocenost umírajících
soustředění na člověka	soustředění na nemoc

Příloha č. 3

Dobrý den, jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru všeobecná sestra na 1. LF UK. Vypracovávám závěrečnou bakalářskou práci, jejíž název je Důstojné umírání a smrt. V rámci této práce provádím dotazníkové šetření mezi představiteli 3 skupin lidí: 1.sk. mladí lidé – studenti vysokých škol do 26 let, 2.sk. lidé v pracovním poměru do 65 let, 3.sk. senioři nad 70 let. Jestli se řadíte do jedné z těchto skupin, ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který nyní máte před sebou. Jeho vyplnění je naprosto anonymní a slouží jen k účelům závěrečné bakalářské práce. U otázek, kde si budete moci vybrat z více odpovědí, zakroužkujte jen tu Vám nejbližší. U některých otázek budete mít prostor napsat odpověď vlastními slovy.

Děkuji za Vaši ochotu a čas.

studentka 1. LF UK

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství, 3. BVSS-prezenční

Anežka Matyášová

1. Do jaké skupiny patříte?

- 1) student vysoké školy do 26 let
- 2) pracující do 65 let
- 3) senior nad 70 let

2. Jakého jste pohlaví?

- a) muž
- b) žena

3. Jakého jste vyznání?

- a) žádné
- b) křesťanské
- c) jiné

4. Bojíte se smrti?

- a) ano
- b) ne

5. Jak si představujete důstojný odchod ze života? (Můžete zakroužkovat více odpovědí - uveďte pořadí.)

- a) přirozená smrt ve stáří
- b) rychlá smrt v jakémkoliv věku
- c) při obtížném umírání eutanazií
- d) smrtí zvolenou:

d₁) sebevražda

d₂) sebeobětování

e) jiné

6. Jak byste si Vy sám přál/a zemřít, když byste věděl/a, že jste nevléčitelně nemocná/ý?

- a) přirozenou smrtí
- b) sebevraždou
- c) eutanazií

d)

jiné.....

7. Chtěl/a byste být před smrtí smířen/a s Bohem?

- a) ano
- b) ne
- c) nezajímá mě to

d) jiný pro Vás důležitý úkon.....

8. Víte, co je paliativní péče?

- a) nevím
- b) vím (napište vlastními slovy, co si pod tímto pojmem představujete)

.....

9. Víte, co je eutanazie?

- a) nevím
- b) vím (napište vlastními slovy, co si pod tímto pojmem představujete)

.....

.....

10. Jaké prostředí považujete obecně za vhodné pro důstojné umírání člověka?

a) doma

b) nemocnici

c) domov důchodců

d) hospic

e) příroda

f) jiné

11. Kde byste si Vy osobně přál/a umírat?

a) doma v rodinném kruhu

b) doma sám

c) v domově důchodců

d) v hospici

e) v léčebně dlouhodobě nemocných

f) v nemocnici

g) v přírodě

h) jiné

12. Souhlasíte s legalizací eutanazie?

a) ano

b) ne

13. Uvažoval/a byste o eutanazii, když byste věděl/a, že jste nevléčitelně nemocný/á?
(Pokud na tuto otázku odpovíte záporně, k další otázce nepokračujte.)

a) ano

b) ne

14. Napište, co by Vás vedlo k přání provést eutanazii.

.....
.....

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta

Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze:

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora. Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Příjmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis